



Prevención del Tabaquismo

ÁREA DE TABAQUISMO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA (SEPAR)

sumario

Editorial

- El consumo de tabaco en adolescentes
G. Gómez Cruz

Originales

- Prevalencia del tabaquismo y actitud frente al mismo entre los médicos de Atención Primaria
M. Alonso Fernández, M.S. Pérez Vidal, M. García Clemente, E. Díaz Ruisánchez, I. García Barrio
- Prevalencia del tabaquismo y perfil del fumador en los escolares adolescentes de la provincia de Castellón
A. Khalaf-Ayash, A. Fabregat-Agost, N. Khalaf-Viciano, A. Sánchez-Martínez

Revisión

- Documento de consenso entre sociedades científicas y asociaciones de pacientes sobre la financiación de los tratamientos farmacológicos para el tabaquismo
C.A. Jiménez Ruiz, M. Barrueco Ferrero, S. Solano Reina, J.A. Herrada García, J.A. Riesco Miranda

Cartas al Director

In memoriam

- Enrique Gil López
F. Babín Vich

INCLUIDA EN EL **IME**
Y EN EL **IBECS**

Índice Médico Español (IME)
Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS)

Prevención del Tabaquismo



Vol. 11 Núm. 1
Enero-Marzo 2009

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA (SEPAR)

JUNTA DIRECTIVA

<i>Presidente:</i>	J. Ancochea Bermúdez (Madrid)
<i>Vicepresidente Cirujano Torácico:</i>	J. Freixinet Gilart (Las Palmas)
<i>Vicepresidente Neumólogo:</i>	F. Rodríguez de Castro (Las Palmas)
<i>Secretario General:</i>	F. Barbé Illa (Lleida)
<i>Vicesecretario-Tesorero:</i>	J.M. Rodríguez González-Moro (Madrid)

Área Tabaquismo

<i>Coordinador:</i>	J.A. Riesco Miranda
<i>Vocales:</i>	C. Esquinas Dr. J.C. Serrano Rebollo Dr. S. Solano Reina

Coordinadores Áreas

<i>Asma:</i>	V. Plaza Moral (Barcelona)
<i>Circulación pulmonar:</i>	D. Jiménez Castro (Madrid)
<i>Enfermería y fisioterapia:</i>	E. Sánchez Gómez (Cáceres)
<i>EROM:</i>	P. Cebollero Rivas (Pamplona)
<i>TRS-VM-CRC:</i>	J. Durán Cantolla (Vitoria)
<i>EPOC:</i>	G. Peces-Barba Romero (Madrid)
<i>Oncología:</i>	A. López Encuentra (Madrid)
<i>Tabaquismo:</i>	J.A. Riesco Miranda (Cáceres)
<i>Técnicas y trasplantes:</i>	C. Disdier Vicente (Cáceres)
<i>TIR:</i>	R. Menéndez Villanueva (Cáceres)

PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

Director C.A. Jiménez Ruiz	P. Plaza Valía J.A. Riesco Miranda J.L. Rodríguez Hermosa	J.F. Etter (Suiza) K.O. Fagerström (Suecia) E. Fernández (Barcelona) A. Ferrero Gatón (Santander) S. Flórez Martín (Madrid) J.F. García Gutiérrez (Granada) A. García Hidalgo (Cádiz) I. García Merino (Madrid) J. González Alonso (Madrid) J.M. González de Vega (Granada) A. Guirao García (Madrid) P. Hajek (Reino Unido) J.E. Henningfield (EE.UU.) M.A. Hernández Mezquita (Cáceres) M. Jané Checa (Barcelona) M.P. Jiménez Santolaya (Logroño) A. Johnston (EE.UU.) A. Khalaf (Castellón) M. Kunze (Austria) J. López García (Las Palmas) D. Marín Tuyà (Barcelona) F.L. Márquez Pérez (Badajoz) J.M. Martín Moreno (Madrid) C. Martínez Martínez (Barcelona) F. Martínez (Valladolid) M. Mayayo Ulibarri (Madrid) E. Monsó Molas (Barcelona)	S. Nardini (Italia) A. Peruga (EE.UU.) M ^a .D. Plaza Martín (Salamanca) M ^a .J. Pont Martínez (Valencia) J. Precioso (Portugal) A.M ^a . Quintas Rodríguez (Madrid) A. Ramos Pinedo (Madrid) F.B. Ramos Postigo (Murcia) F. Rodríguez de Fonseca (Málaga) M. Rosell Abos (Zaragoza) A. Ruiz Cobos (Madrid) J. Sala Felís (Oviedo) E. Saltó i Cerezuela (Barcelona) I. Sampablo Lauro (Barcelona) L. Sánchez Agudo (Madrid) A. Sánchez Rodríguez (Salamanca) A. Santacruz Siminiami (Murcia) J. Signes-Costa Miñana (Alicante) V. Sobradillo Peña (Bilbao) B. Steen (Madrid) G. Till (Palma de Mallorca) J. Toledo Pallarés (Zaragoza) P. Tonessen (Dinamarca) A. Vellisco García (Sevilla) H. Vereá Hernando (La Coruña) J.L. Viejo Bañuelos (Burgos)
Director Adjunto M. Barrueco Ferrero	P.J. Romero Palacios M. Torrecilla García		
Comité de Redacción J.I. de Granda Orive A. Pérez Trullén S. Solano Reina	Coordinación Editorial C. Rodríguez Fernández	Comité Científico R. Abengozar Muela (Toledo) J.R. Aguirre Martín-Gil (Madrid) B. Alonso de la Iglesia (S. Compostela) J.L. Álvarez-Sala Walther (Madrid) C. Ariza Cardenal (Barcelona) J. Astray Mochales (Madrid) F.J. Ayesta Ayesta (Santander) J. Bartol Nieto (Salamanca) T. Casamitjà Sot (Gerona) M ^a .P. Cascan Herrero (Zaragoza) L. Dale (EE.UU.) P. de Lucas (Madrid) J.L. Díaz-Maroto Muñoz (Guadalajara) L. Escosa Royo (Zaragoza) C. Escudero Bueno (Oviedo)	
Comité Asesor N. Altet Gómez F. Álvarez Gutiérrez J.R. Banegas Banegas C. Bartolomé Moreno F. Camarelles Guillem J.M. Carreras Castellet F. Carrión Valero M.L. Clemente Jiménez E. de La Cruz Amorós F. Domínguez Grandal I. Hernández del Rey L. Lázaro Asegurado V. López García-Aranda J.J. Lorza Blasco I. Nerín de La Puerta J.F. Pascual Lledó			

Prevención del Tabaquismo



Vol. 11 Núm. 1
Enero-Marzo 2009

FORO NEUMOLÓGICO DE TABAQUISMO. SEPAR

Sociedades Científicas

AIRE
ASTURPAR
NEUMOCAN
NEUMOMADRID
NEUMOSUR
SADAR
SEAR
SOCALPAR
SOCAMPAR
SOCAP
SOGAPAR
SOMUPAR
SVNEUMO
SVNPR

Representantes

Dr. Antonio Cascales García (*Ibiza*)
Dr Manuel A. Martínez Muñiz (*Asturias*)
Dr. Lorenzo Pérez Negrín (*S.C. Tenerife*)
Dr. Juan Luis Rodríguez Hermosa (*Madrid*)
Dr. Pedro J. Romero Palacios (*Granada*)
Dr. Alfonso Pérez Trullén (*Zaragoza*)
Dra. Fca. Lourdes Márquez Pérez (*Badajoz*)
Dr. Miguel Barrueco Ferrero (*Salamanca*)
Dr. José María Ruiz de Oña (*Toledo*)
Dra M^a Nieves Altet Gómez (*Barcelona*)
Dr. José Blanco Perez (*Ourense*)
Dr. Antonio Santacruz Siminiani (*Murcia*)
Dr. Jaime Signes-Costa Miñana (*Alicante*)
Dr. Esteban Ruiz de Gordejuela (*Vizcaya*)

Prevención del Tabaquismo



Vol. 11 Núm. 1
Enero-Marzo 2009

SUMARIO

EDITORIAL

- 1 El consumo de tabaco en adolescentes
G. Gómez Cruz

ORIGINALES

- 4 Prevalencia del tabaquismo y actitud frente al mismo entre los médicos de Atención Primaria
M. Alonso Fernández, M.S. Pérez Vidal, M. García Clemente, E. Díaz Ruisánchez, I. García Barrio
- 10 Prevalencia del tabaquismo y perfil del fumador en los escolares adolescentes de la provincia de Castellón
A. Khalaf-Ayash, A. Fabregat-Agost, N. Khalaf-Viciano, A. Sánchez-Martínez

REVISIÓN

- 19 Documento de consenso entre sociedades científicas y asociaciones de pacientes sobre la financiación de los tratamientos farmacológicos para el tabaquismo
C.A. Jiménez Ruiz, M. Barrueco Ferrero, S. Solano Reina, J.A. Herrada García, J.A. Riesco Miranda

- 25 CARTAS AL DIRECTOR

IN MEMORIAM

- 29 Enrique Gil López
F. Babín Vich

Prevención del Tabaquismo



Vol. 11 N. 1
January-March 2009

SUMMARY

EDITORIAL

- 1 Consumption of tobacco in adolescents
G. Gómez Cruz

ORIGINALS

- 4 Prevalence of smoking and attitude towards it among Primary Care Physicians
*M. Alonso Fernández, M.S. Pérez Vidal, M. García Clemente, E. Díaz Ruisánchez,
I. García Barrio*
- 10 Smoking prevalence and smoker profile in the adolescents scholars in the province of Castellon
A. Khalaf-Ayash, A. Fabregat-Agost, N. Khalaf-Viciano, A. Sánchez-Martínez

REVIEW

- 19 Consensus document between scientific societies and patient associations on the financing of
drug treatments for the smoking habit
*C.A. Jiménez Ruiz, M. Barrueco Ferrero, S. Solano Reina, J.A. Herrada García,
J.A. Riesco Miranda*

- 25 LETTERS TO THE EDITOR

IN MEMORIAM

- 29 Enrique Gil López
F. Babín Vich

El consumo de tabaco en adolescentes

G. Gómez Cruz

Centro Salud La Guareña. Fuentesauco. Zamora.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2006¹ la prevalencia del tabaquismo en la población general se sitúa en el 29,5%, siendo superior el tabaquismo en el tramo de 16 a 24 años en el que fuma el 31,87%.

Entre los estudiantes de 14 a 18 años el consumo de tabaco está bastante extendido, siendo la primera droga con la que se ponen en contacto y la segunda sustancia más consumida después del alcohol. Según la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007² el 27,8% de los estudiantes de 14 a 18 años han fumado en los últimos 30 días.

Si bien los datos del 2006 nos muestran un descenso importante del consumo de tabaco respecto a los años anteriores, habiendo descendido el consumo diario de un 21,5% en 2004 al 14,8% en el 2006, sin embargo la proporción de fumadores sigue aumentando con la edad, de forma que a los 18 años fuman el 42,1% de los alumnos y la edad media de inicio es la más temprana de todas las drogas (13,1%), no variando desde hace 10 años y siendo similar para chicos y chicas.

Corroborando lo anterior, Khalaf-Ayash et al.³ publican en este número de *Prevención del Tabaquismo* un estudio cuyo objetivo es analizar la prevalencia del tabaquismo en los escolares adolescentes de la provincia de Castellón y concluyen que el inicio al consumo de tabaco tiene lugar cada vez a edades más tempranas. De igual forma, otros autores^{4,5} confirman que un número importante de escolares cada vez más jóvenes experimentan con el tabaco. El contacto inicial tiene lugar entre los 11 ó 12 años y, sobre

todo a partir de los 13, por lo que es en 6º curso de primaria y en 1º y 2º de la ESO en los cursos en los que hay que ofrecer a los niños los recursos y habilidades que les ayuden a resistir mejor la presión al consumo de tabaco.

Los centros educativos son el espacio ideal para desarrollar estas habilidades, pero el efecto de los programas de prevención primaria del tabaquismo en la escuela parece ser mucho menor del inicialmente esperado. Por este motivo, es precisa la utilización de programas evaluados que hayan demostrado su efectividad⁶.

Los mejores programas son los combinados, basados en las influencias sociales y que potencian las competencias sociales, que se apoyan en modelos teóricos explicativos de las principales variables sobre las que es preciso intervenir. De los múltiples factores que influyen en el inicio y mantenimiento del tabaquismo, las influencias de los amigos parecen ser el desencadenante más potente, así lo confirman Khalaf-Ayash et al.³ en su estudio en el que detectan una asociación clara entre el entorno social y el inicio y mantenimiento del hábito tabáquico de los alumnos.

De forma previa a la puesta en marcha de todo programa y para que tenga continuidad en el tiempo, es preciso que sea aprobado por el consejo escolar, que es donde se autoriza el proyecto y se adquiere el compromiso de participación de los profesores. Una vez que es admitido por la administración, se debe incluir en el proyecto curricular del centro, para posteriormente realizar la programación en el aula, con un mínimo de cinco sesiones al año, incluyendo la utilización de elementos interactivos y de debate, *rol playing* y actividades por iguales (*peer-leaders*), acompañado todo ello del desarrollo y cumplimiento de una política específica relacionada con el uso de tabaco en el recinto escolar. Las intervenciones deben ajustarse al estadio cronológico del proceso de iniciación y consolidación de la conducta adictiva, incluyendo oferta y apoyo para el aban-

Correspondencia: G. Gómez Cruz. Centro de Salud La Guareña. Fuentesauco. Zamora

Recibido: Febrero 2009. Aceptado: Febrero 2009
[Prev Tab 2009; 11(1): 1-3]

dono del tabaco a los alumnos y personal docente fumadores, estimulándoles a intentar dejarlo. El papel de los educadores en este tipo de programas es fundamental. Los maestros son profesionales formados para educar y son el mejor instrumento para transmitir enseñanzas destinadas a que los alumnos adquieran actitudes saludables y duraderas⁷, sin embargo creen que no están suficientemente formados en este campo y precisan el apoyo de profesionales sanitarios, por lo que es preciso ofrecer formación y entrenamiento específico en programas de prevención del tabaquismo a los docentes, participando los sanitarios formando y asesorando a los profesores y, si es necesario, reforzando su labor mediante actividades puntuales con los alumnos.

Los programas deben ir dirigidos a la comunidad educativa: alumnos, profesores y padres. No podemos olvidar que los padres son los principales responsables de la educación de sus hijos, por lo que la actitud de los padres y los hermanos frente al tabaco es la referencia inicial que tiene cualquier niño y una de las circunstancias que más determina su conducta futura frente a esta droga, especialmente durante los primeros años. Por eso la prevención se debe iniciar dentro de la propia familia⁷ y los padres deben involucrarse en la planificación de este tipo de programas, apoyándolos desde la comunidad y reforzando los mensajes educativos en casa.

Una vez efectuada la implementación de los programas de prevención, es preciso valorar sus resultados realizando evaluaciones de forma periódica. Debemos ser conscientes de que el efecto de estos programas es menor del inicialmente esperado y que han llegado a un nivel de calidad difícilmente superable, no siendo esperable que mejoren sus resultados. No obstante, sin abandonar la búsqueda de la excelencia que caracteriza a cualquier actividad científica, y teniendo en cuenta que estamos trabajando con programas educativos, tal vez debamos modificar el planteamiento actual de búsqueda de la eficacia y la eficiencia en el corto y medio plazos, propio de los estudios clínicos, por otro concepto más amplio, propio del área educativa, que entienda la educación como una inversión a largo plazo, difícil de valorar en términos de eficacia y eficiencia, en la cual lo invertido en prevenir el tabaquismo no tiene por qué ser menos rentable que lo invertido en otros aspectos propios de la educación de niños y adolescentes⁸.

Pero los programas de prevención realizados de forma aislada no son efectivos. Prevenir el tabaquismo en la infancia y juventud es un trabajo de todos, este es un problema social de primera magnitud cuyo origen es multifactorial y para conseguir solucionarlo es preciso que toda la sociedad se implique permitiendo abordarlo desde distintos aspectos.

Las campañas en medios de comunicación social deben formar parte de cualquier estrategia de información y educación que se dirija a la población general. Existe cierta evidencia de que los medios de comunicación pueden ser eficaces para prevenir el inicio del hábito de fumar en personas jóvenes, aunque su papel principal es indirecto, reforzando otras intervenciones. Conseguir la sensibilización de los medios y su implicación en la lucha contra el tabaquismo puede contribuir a aumentar la concienciación social⁷.

El reconocimiento de que la decisión de fumar está influida por los valores, las normas y el comportamiento de los que comparten el ambiente en el que viven los jóvenes ha dado lugar al desarrollo y la implementación de programas a nivel de la comunidad. Hay una amplia variedad de experiencias comunitarias que intentan disminuir el consumo de tabaco en los adolescentes. La revisión Cochrane 2006 sobre intervenciones en la comunidad para la prevención del hábito de fumar en los jóvenes concluye que existe cierto apoyo limitado con respecto a la efectividad de las intervenciones en la comunidad para ayudar a prevenir el tabaquismo entre los jóvenes⁹.

El abordaje de los aspectos económicos del tabaquismo es una medida que, convenientemente utilizada, resulta muy eficaz. El incremento del precio final de los productos del tabaco a expensas de los impuestos específicos se ha relacionado con una disminución de la prevalencia de fumadores, sobre todo en los más jóvenes. La evaluación de la ENSP (*European Network for Smoking Prevention*), realizada en el año 2004 sobre el impacto en 28 países europeos de las 6 intervenciones con una buena relación coste-efectividad para el control del tabaquismo, informa que el incremento del precio del paquete de cigarrillos y los impuestos son la estrategia con una mejor relación coste-efectividad, con especial impacto entre los fumadores jóvenes y con bajos ingresos económicos. Sin embargo, los cigarrillos continúan siendo un producto muy barato en nuestro país, por lo que es urgente desarrollar un sistema fiscal que incremente el precio final del tabaco.

Otras medidas que son imprescindibles y complementarias para retrasar la edad de inicio y disminuir el consumo en los adolescentes son las que se relacionan con aspectos legislativos. La aprobación de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo permitió regular la accesibilidad del producto, prohibiendo la venta de tabaco a menores. Esto representa una reducción importante, a pesar de que la ley permite vender tabaco en máquinas expendedoras situadas en quioscos, hoteles, bares y restaurantes que permiten fumar en su interior¹⁰.

La publicidad es uno de los principales factores de inicio del consumo, por lo que debe estar totalmente regula-

da para proteger a los adolescentes. La ley prohíbe la publicidad de tabaco en vallas exteriores y carteles, televisión, radio, prensa y cine, así como el patrocinio de actividades culturales, lúdicas o deportivas, ya que la prohibición debe ser total si se quiere que esta medida sea eficaz para la prevención y el control del tabaquismo. Sin embargo, desde la puesta en marcha de la ley, “de pronto” un alto porcentaje de actores aparecen fumando en las series españolas de televisión; “por casualidad” ha aumentado el número de personajes que fuman en las películas, y no es extraño ver cómo en publicaciones de tirada nacional se exhiben fotografías de actores y personajes famosos con un cigarrillo en las manos.

Desde la puesta en marcha de la ley frente al tabaco, se ha limitado de manera importante la exposición al humo ambiental al prohibir fumar en el ámbito laboral y en determinados lugares públicos. Esta medida elimina la imagen de fumar como algo habitual y propio de la edad adulta, “desnormalizando” su consumo a los ojos de los adolescentes, existiendo una limitación parcial en hoteles, bares y restaurantes¹⁰.

La ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo ha sido un avance indudable en la lucha contra la epidemia de tabaquismo, pero tres años después de su puesta en marcha observamos que fue incompleta, quedando tres temas sin solucionar, el precio final del tabaco, la publicidad encubierta en cine y televisión y haber dejado en manos de los dueños de los bares y pubs de menos de 100 m² la decisión de si se puede fumar o no en su establecimiento. Es preciso resolver estos problemas. Todas las encuestas realizadas a la población apuntan a que un alto porcentaje de la sociedad está preparada para ello y lo está demandando. Es imprescindible comenzar a establecer las vías que permitan llevar a cabo a corto plazo una ampliación de la ley que solucione estas deficiencias, acabe con el falso concepto que todavía persiste en la sociedad de normalización del consumo de tabaco y favorezca definitivamente la efecti-

vidad de los programas de prevención de tabaquismo en la escuela.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España. 2006. [consultado 23/3/2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007. [consultado 23/3/2009]. Disponible en: www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2006-2007.pdf
3. García V, Ramos M, Hernán M, Gea T. Consumo de tabaco y hábitos de salud en los adolescentes de Institutos de Enseñanza Secundaria pública en Granada. *Prev Tab* 2001; 3: 215-23.
4. Marrón Tundidor R, Pérez Trullén A, Rubio Aranda E, Clemente Jiménez ML, Machín Machín MA, Herrero Labarga I. Prevalencia del tabaquismo en escolares de Zaragoza. Diferencias de género y edad de inicio. *Prev Tab* 2003; 5: 202-10.
5. Ariza C, Nebot M. La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones* 2004; 16: 359-78.
6. Rodríguez Hermosa JL, Hernández Vázquez J, Calle Rubio M, Álvarez-Sala JL. Estrategias de prevención del tabaquismo. En: Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, Torrecilla García M (eds.). *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. 3ª ed. Madrid: Ergon; 2006. p. 443-73.
7. Gómez Cruz G, Barrueco Ferrero M, Aparicio Coca I, Madejuelo JA, Torrecilla García M. Programa de prevención del tabaquismo en alumnos de enseñanza secundaria. *Arch Bronconeumol* 2009; 45: 16-23.
8. Sowden A, Arblaster L, Stead L. Intervenciones en la comunidad para la prevención del hábito de fumar en los jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
9. Torres Lana A, Marco García MT, Solbes Caro A, Gómez Cruz G. ¿Podemos prevenir el tabaquismo en los adolescentes? En: *Semfyc*, ediciones. *Manual de Tabaquismo*. Barcelona, 2008. p. 49-61.

Prevalencia del tabaquismo y actitud frente al mismo entre los médicos de Atención Primaria

M. Alonso Fernández¹, M.S. Pérez Vidal², M. García Clemente³, E. Díaz Ruisánchez⁴, I. García Barrio⁵

¹Centro de Salud La Eria en Oviedo. Universidad de Oviedo. ²Centro de Salud El Quirinal. Avilés. ³Servicio de Neumología. Hospital San Agustín de Avilés. ⁴Centro de Salud de Sotrongio. Asturias. ⁵Centro de Salud de Proaza. Asturias

RESUMEN

Fundamento: el tabaquismo es la principal causa de enfermedad y muerte evitable y el médico juega un papel fundamental en su tratamiento y prevención. Se realizó un estudio para conocer la prevalencia de médicos fumadores en Atención Primaria (AP) y su actitud ante el tabaquismo.

Métodos: estudio descriptivo. Se envió una encuesta anónima elaborada para tal fin, a 186 médicos de centros de salud de dos Áreas Sanitarias.

Resultados: de 186 encuestas enviadas se obtuvieron 148 respuestas. Edad media, $47,87 \pm 6,24$ años, siendo 58 (39%) varones. El 18,2% (27) eran fumadores y el 43,2% (63), ex-fumadores. El 80,2% (118) conceden mucha importancia a la función modélica que ejercen ante sus pacientes. El 87,3% (105) de no fumadores frente al 38,4% (11) de fumadores creen que el hecho de que el médico fume influye en su actitud ante el tabaco ($p = 0,001$). El 51% aconsejan siempre a sus pacientes dejar de fumar. El 95,3% (141) consideran que se debería abordar el tabaquismo en AP pero el 37,2% (55) no lo hacen por falta de tiempo. El 71% (20) de los médicos con presión asistencial < 35 pacientes/día realizan abordaje al tabaquismo frente al 54% (30) de los que tienen una presión > 45 pacientes/día ($p = 0,357$).

Conclusiones: la prevalencia de fumadores entre los encuestados es inferior a la población general. Consideran que la función modélica que ejercen es muy importante. La mayoría declaran que el abordaje al tabaquismo debe realizarse en Atención Primaria pero un número importante no lo hace argumentando falta de tiempo.

Palabras clave: Tabaquismo; Médico; Tabaco.

ABSTRACT

Background: smoking is the primary cause of avoidable disease and death and the physician plays a fundamental role in its treatment and

prevention. A study was made to learn the prevalence of physicians who smoke in Primary Care (PC) and their attitude towards smoking.

Methods: descriptive study. An anonymous survey elaborated for this purpose was sent to 186 physicians in the Health Care Site of two Health Care Areas.

Results: a total of 148 answers were obtained from 186 surveys sent. Mean age 47.87 ± 6.24 years, with 58 (39%) men. Of these, 18.2% (27) smoked and 43.2% (63) were ex-smokers and 80.2% (118) considered the model function they have with their patients are very important. A total of 87.3% (105) of non-smokers versus 38.4% (11) of smokers believe that the fact that the physician smokes has an influence on their attitude towards tobacco ($p = 0.001$). Fifty-one percent always recommend that their patients should stop smoking; 95.3% (141) consider that the smoking habit should be dealt with in Primary Care, however, 37.2% (55) do not do so due to lack of time. In regards to dealing with the question of smoking, 71% (20) of those physicians who have a care quota of < 35 patients/day do so versus 54% (30) of those who have a quota of > 45 patients /day ($p = 0.357$).

Conclusions: the prevalence of smokers among those surveyed is less in the general population. We consider that the model function of the physician is very important. Most declare that the approach to smoking should be made in Primary Care, however a significant number do not do so due to lack of time.

Key words: Smoking habit; Physician; Tobacco.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo ha sido reconocido como la causa aislada más importante de mortalidad y morbilidad prematuras prevenibles. Desde las primeras evidencias de la asociación causal entre tabaco y enfermedad¹, hasta nuestros días, han sido numerosos los estudios que no dejan lugar a la duda sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco²⁻⁴. Se estima que el 10% de los fallecimientos por causas cardiovasculares ocurridos en el año 2000 fueron debidos a este motivo⁵ y que provoca en el mundo el 21% de las muertes por cáncer⁶. En el año 2001 fallecieron en Espa-

Correspondencia: M. Alonso Fernández. C/ Acacias, 17. Urbanización Soto de Llanera. 33423 Soto de Llanera (Asturias)
e-mail: margarital@telefonica.net

Recibido: Septiembre 2008. Aceptado: Noviembre 2008
[Prev Tab 2009; 11(1): 4-9]

ña 49.072 personas por enfermedades que tenían una relación causal establecida con el tabaco⁷.

Según las Encuestas Nacionales de Salud, en los últimos años se ha producido un descenso progresivo en la prevalencia del tabaquismo en nuestro país, pasando del 38,1% de fumadores entre la población mayor de 16 años en el año 1987⁸, al 26,4% en el 2006⁹; este descenso se debe a una significativa disminución del consumo entre los varones aunque en esta última encuesta también se constata un ligerísimo descenso entre las mujeres que ya se había iniciado en el año 2003¹⁰. Sin embargo, es preocupante la elevada tasa de consumo en niños y jóvenes que, además, se incorporan cada vez más temprano a este hábito^{9,10}.

Diferentes recomendaciones clínicas sobre diagnóstico y tratamiento del tabaquismo señalan que todos los profesionales sanitarios deben intervenir para ayudar a los fumadores a abandonar el consumo de tabaco^{11,12}. En concreto, la labor del médico adquiere gran relevancia en la prevención y tratamiento del tabaquismo: tiene la autoridad que le da el conocimiento científico, ejerce una función educativa sobre los pacientes y desempeña un importante papel social ante la población, por tanto su actitud y comportamiento hacia el hábito de fumar desde el punto de vista personal y profesional es de gran trascendencia en la prevención del tabaquismo.

El médico de Atención Primaria¹³, por su accesibilidad, tiene la oportunidad de aconsejar y ayudar a dejar de fumar a sus pacientes ya que son diversas y variadas las ocasiones que se le presentan para llevar a cabo las diferentes actuaciones que se han mostrado eficaces¹⁴⁻¹⁶ en este campo.

En este contexto, el análisis de las actitudes de los médicos de familia ante el tabaquismo ofrece datos de gran interés, por este motivo nos planteamos realizar este estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de fumadores entre los médicos de Atención Primaria de dos Áreas Sanitarias de Asturias así como su actitud ante el tabaquismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo, entre los médicos de Atención Primaria de la ciudad de Oviedo y del Área Sanitaria III de Asturias (Avilés). Se utilizó una encuesta de 33 preguntas cerradas, elaborada para este fin y basada en encuestas previas realizadas por otros autores en estudios similares^{17,18}. El cuestionario, autoadministrado y anónimo, fue enviado durante los meses de mayo y junio de 2007 a todos los médicos de Atención Primaria (se

excluyeron pediatras) de 18 Centros de Salud: nueve de la ciudad de Oviedo (la totalidad de Centros de esta ciudad) y nueve Centros, urbanos y rurales, del Área Sanitaria III (Avilés) de Asturias, que corresponden a la totalidad de Centros de ese Área Sanitaria. La encuesta se acompañaba de una carta de presentación en la que se solicitaba la participación, se explicaba que se trataba de un estudio cuya finalidad era conocer la prevalencia del tabaquismo entre los médicos de Atención Primaria y la relación entre éste y la actitud frente al mismo.

El envío se realizó por correo interno a un médico de cada uno de los Centros Sanitarios quien repartió las encuestas entre sus compañeros y recogió los sobres de respuesta.

Los resultados fueron tabulados y tratados mediante el programa estadístico SPSS para *Windows*. Las variables cuantitativas se describen con la media y la desviación estándar (DE) y la cualitativa, con la distribución de frecuencias absolutas y relativas. Mediante la aplicación del test de Chi cuadrado hemos estudiado la relación entre el hábito de fumar y los ítems estudiados, fijando el nivel de significación estadística en 0,05. En las relaciones significativas se calculó el OR (*odds ratio*) y su intervalo de confianza del 95% (IC95%).

RESULTADOS

Se enviaron 186 encuestas y se obtuvieron 148 respuestas válidas (80%). La edad media y sexo de los respondedores aparece en la tabla I. El 18,2% (n = 27) se declaran fumadores y el 43,2% (n = 63), ex-fumadores. Fuman el 20,2% (n = 18) de las mujeres frente al 15,2% (n = 9) de los varones. El ámbito de trabajo de la mayoría (83%, n = 122) es el medio urbano.

Al ser interrogados sobre la importancia que dan a la función modélica ante sus pacientes, el 62,9% (n = 17) de los fumadores responden que mucha o muchísima, este porcentaje se incrementa hasta 84,1% (n = 101) en los no fumadores, diferencia que es estadísticamente significativa (p = 0,017, OR 3,13 (IC 95% 1,24-7,86) (Tabla II).

El 75% (n = 116) de los encuestados creen que el hecho de que el médico fume influye en su actitud frente al tabaquismo. Esta opinión es más frecuente entre los no fumadores, 87,3% (n = 105) que entre los fumadores, 38,4% (n = 11), diferencia que es estadísticamente significativa (p = 0,001).

El 51% (n = 76) de los médicos aconsejan siempre a sus pacientes dejar de fumar, no existiendo diferencia entre fumadores y no fumadores.

	Número	Porcentaje	Edad media	Desviación típica
Hombres	58	39	50,29	5,67
Mujeres	90	61	46,39	6,14
Total	148	100	47,97	6,24

TABLA I. Distribución en función de edad y sexo.

El 31,1% (n = 46) definen al tabaquismo como un hábito, el 22,3% (n = 33) como una enfermedad y el 46,6% (n = 69) restante como una drogadicción. El 36% (n = 53) de los encuestados no han recibido ninguna formación sobre tabaquismo y entre los que sí la han recibido en el 97% (n = 88) de los casos ha sido después de la licenciatura. En la tabla III se reflejan las respuestas a las preguntas si creen que sus conocimientos actuales son suficientes para dar consejo y ofrecer terapias de deshabituación, respectivamente.

El 95,3% (n = 141) de los participantes en el estudio opinan que se debería abordar el problema del tabaquismo en la consulta de Atención Primaria, sin embargo el 37,2% (n = 55) no lo hacen. De éstos, la mayoría argumentan como motivo para no realizarlo la falta de tiempo (Fig. 1) seguido, aunque en menor proporción, de falta de formación o ambos. No existe diferencia estadísticamente significativa (Tabla IV) entre realizar abordaje al tabaquismo y presión asistencial de los encuestados; así, el 71% (20) de los médicos con una presión asistencial inferior a 35 pacientes/día realizan abordaje al tabaquismo frente al 54% (30) de los que tienen una presión superior a 45 pacientes/día (p = 0,357).

En cambio, hemos encontrado que el 73,6% (67) de los médicos que han recibido formación específica sobre tabaquismo realizan abordaje en su consulta frente al 47,1% (25) de los que no se han formado, siendo esta diferencia significativa (p = 0,005) (OR: 3,13; IC95%: 1,53-6,38).

DISCUSIÓN

La tasa de respuesta de nuestro trabajo (80%) ha sido superior a la obtenida en estudios similares^{17,19}. Por tratarse de una encuesta anónima no ha sido posible investigar las causas de la falta de respuesta, no pudiendo descartar que los médicos más motivados hayan contestado en mayor proporción.

La prevalencia de fumadores es inferior a la de la población general⁹. Los sanitarios tradicionalmente han sido señalados como un sector con alto consumo de tabaco con una prevalencia de fumadores superior a la población general²⁰ si bien es cierto que, en los últimos años, se han ido redu-

	Escasa/ninguna	Mucha/muchísima
Fumador	10	17
No fumador	19	101
Total	29	118

Diferencia significativa: p: 0,017, p < 0,05. OR 3,13 (IC95% 1,24-7,86).

TABLA II. Importancia que conceden a la función modélica según fumadores y no fumadores.

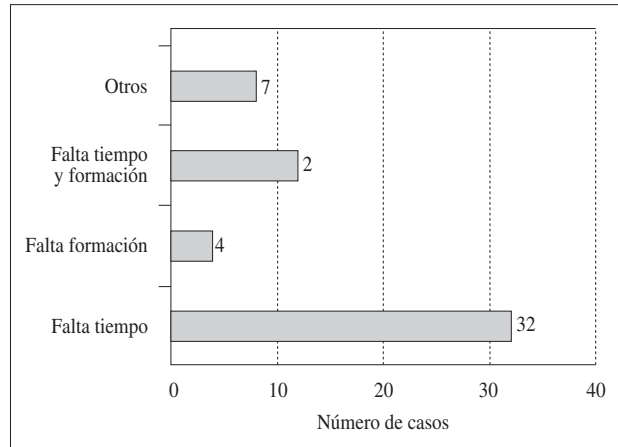


FIGURA 1. Motivos esgrimidos para no realizar abordaje al tabaquismo.

ciendo las diferencias hasta llegar a una prevalencia de fumadores, entre el personal médico, inferior a la población general²¹. Así, en el estudio realizado por el Ministerio de Sanidad²² en 1998 entre los profesionales sanitarios del INSALUD, fumaban el 39,8% de los médicos de Atención Primaria y el 30,5% de los ginecólogos, cardiólogos y neumólogos (valorados en conjunto). En Asturias, un trabajo previo al nuestro revela que el 28% de los médicos se declaran fumadores¹⁹.

La prevalencia del consumo de tabaco que hemos encontrado es inferior a la de la población general⁹ pero superior a la comunicada por García-Aranda et al. en un estudio realizado en el 2003 entre cardiólogos¹⁷ en el que el 8,7% se declaran fumadores y el 50,5%, ex-fumadores. La edad media, 52 años, ligeramente superior a la nuestra, podría justificar, al menos en parte, el mayor número de ex-fumadores aunque también hay que tener en cuenta que el colectivo de cardiólogos es menos fumador que el de médicos de Atención Primaria²². Nuestros resultados igualmente muestran una prevalencia superior de fumadores que la hallada por Romero Palacios et al.²³ en el año 2000 entre los miembros de la SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica), en este caso la edad media es

	Sí (frecuencia)	Sí (porcentaje)	No (frecuencia)	No (porcentaje)
Conocimientos suficientes para aconsejar	114	77	34	23
Conocimientos suficientes para realizar tratamiento de deshabituación	77	52	71	48

TABLA III. Opinión de los encuestados sobre sus conocimientos en tabaquismo.

Pacientes/día	< 35	35-45	> 45
Realizan abordaje	20 (71%)	43 (67%)	30 (54%)
No realizan abordaje	8 (29%)	21 (33%)	26 (46%)

Relación no significativa (p = 0,357) entre abordaje y presión asistencial.

TABLA IV. Relación entre presión asistencial y realización de abordaje al tabaquismo.

inferior a la nuestra pero, como ocurría con los cardiólogos, este colectivo en estudios previos se ha mostrado menos fumador que los médicos de familia²². Coincidimos con otros autores en que las médicas fuman más que sus colegas varones^{19,22}.

La relación entre médico y tabaco es evidente, organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han emitido informes a este respecto señalando la dificultad de reducir el problema del tabaquismo en la sociedad sin la activa participación de los profesionales sanitarios²⁴. Varios autores han resaltado la importancia del papel que juega el personal sanitario en este problema de salud²⁵⁻²⁸ ya que puede influir, no sólo sensibilizando a la sociedad sobre los problemas derivados del consumo de tabaco y ayudando a los fumadores a abandonar el hábito, sino también actuando como verdaderos modelos de lo que es un estilo de vida saludable.

Sin embargo, no siempre los médicos han concedido importancia a la función modélica que ejercen^{29,30}, si bien en nuestro caso un elevado porcentaje de profesionales le dan mucha importancia, coincidiendo en este sentido con otros estudios recientes^{17,18}.

La mayoría de los encuestados consideran que el hecho de ser fumador influye en la actitud frente al tabaquismo; indudablemente un médico fumador puede desarrollar una labor adecuada en la prevención y tratamiento del tabaquismo ante sus pacientes pero, tanto la experiencia como la bibliografía, nos enseñan que la actitud respecto a algunos aspectos relacionados con el tabaco son distintos entre fumadores y no fumadores, siendo éstos más críticos con el tabaco, están más interesados y tienen una valoración de la función modélica que debe

desempeñar el personal sanitario respecto al tabaquismo muy superior a la de sus colegas fumadores^{29,31-33}. Este trabajo confirma cómo los médicos no fumadores dan más importancia a la función modélica.

El 51% de los encuestados aconsejan siempre a sus pacientes dejar de fumar, frente al 87% de neumólogos²³ o al 90,5% de cardiólogos¹⁷; esta diferencia puede explicarse porque estos especialistas tratan a enfermos con patologías relacionadas con el consumo de tabaco. Por otra parte, nuestros resultados invitan al optimismo si los comparamos con los comunicados en estudios previos en los que el 37% de médicos hospitalarios incorporan el consejo anti-tabaco a su práctica asistencial³⁰.

Más de la tercera parte de los médicos no han recibido formación específica sobre tabaquismo y los que la han recibido ha sido después de la licenciatura. Llama la atención que el 31,1% define el tabaquismo como un hábito; seguramente los efectos del tabaco sobre la salud sean bien conocidos pero otros aspectos tan importantes como el concepto de drogodependencia o el papel ejemplar del personal sanitario parecen no ser suficientemente abordados en la formación de los profesionales de la salud. Por otra parte, el 23% de los encuestados consideran que sus conocimientos no son suficientes para aconsejar y el 48% no están formados para realizar terapia de deshabituación. Estos resultados respaldan la idea de algunos autores que opinan que la formación que sobre tabaquismo reciben los alumnos de medicina no es adecuada y que pocos consiguen un nivel de conocimientos y actitudes que les permita enfrentarse a los problemas que el tabaquismo les puede ocasionar en su ejercicio profesional futuro³⁴, proponiendo que la formación específica sobre este tema se integre durante los primeros cursos de la licenciatura.

Está ampliamente documentada la eficiencia de las intervenciones encaminadas a ayudar a los fumadores a lograr abandonar el hábito, tanto si son intervenciones breves como más intensivas^{15,16}, siendo incluso su coste-efectividad muy superior a las intervenciones realizadas en otras enfermedades crónicas, como la HTA o la hiperlipemia³⁵; sin embargo, menos de la mitad de los médicos de nuestro estudio abordan este problema sanitario en su consulta. Clásica-

mente se argumenta la falta de tiempo y es cierto que en Atención Primaria el tiempo por paciente es un bien escaso pero con la misma falta de tiempo se trata correctamente (hasta donde el tiempo lo permite) al diabético, hipertenso, dislipémico. Por otra parte, no hemos encontrado relación entre la presión asistencial y el abordaje al tabaquismo en consulta, pero sí se comprueba que los médicos que realizan abordaje son, en mayor proporción, los que han recibido formación y los que consideran que sus conocimientos son suficientes.

En definitiva, los médicos de nuestro estudio fuman en una proporción menor a la población general pero superior a la de sus colegas de otras especialidades; consideran que la función modélica que ejercen es muy importante y aconsejan a sus pacientes dejar de fumar. Sin embargo, cuando se trata de intervenciones más intensivas, más de un tercio no las realiza por falta de tiempo y/o formación.

BIBLIOGRAFÍA

- Doll R, Bradford Hill A. Study of the Aetiology of Carcinoma of the Lung. *Br Med J* 1952; 2: 1271-86.
- Mechano MJ, Pastor-Barriso R, Boix R, del Barrio JL, Damian J, et al. Riesgo coronario atribuible a los factores de riesgo cardiovascular en población española. *Rev Esp Cardiol* 2007; 60: 1250-6.
- González Enríquez J, Salvador Llivina T, López Nicolás A, Antón de las Heras T, Musin A, Fernández E, et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gac Sanit* 2002; 16: 308-17.
- Carrión Valero F, Hernández Hernández JR. El tabaquismo pasivo en adultos. *Arch Bronconeumol* 2002; 38: 137-46.
- Ezzati M, Henley S, Thun M, López A. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. *Circulation* 2005; 112: 489-97.
- Danaei G, Hoom S, López A, Murray C, Ezzati M. Causes of cancer world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factor. *Lancet* 2005; 366: 1784-97.
- Montes A, Pérez-Ríos M, Gestal J. Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad. *Adicciones* 2004; 16 (Supp. 2): 75-82.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1987. Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 2006. Disponible en www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/
- Ministerio de Sanidad y consumo. Encuesta Nacional de Salud, 2003. Disponible www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ENSE2003_SN.pdf
- Tonnessen P, Carrozzi L, Fagerström KO, Gratzion C, Jiménez-Ruiz C, Nardini S, et al. Task Force recommendations: smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of the therapy. *Eur Respir J* 2007; 29: 390-427.
- Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, de Granda Orive JI, Grávalos Guzmán J, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación. *Arch Bronconeumol* 2008; 44: 213-9.
- Soler X, Murio C, Heras J, Galero G, Pérez M, Morera J, et al. Hábito tabáquico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio EPOTABAC. *Prev Tab* 2008; 10: 95-101.
- Izquierdo Cuartero MA, Villegas Lucas JM, Muñiz Domínguez E, Quintas Rodríguez AM. Eficacia del consejo antitabaco en Atención Primaria. Nuestra mejor arma. *Prev Tab* 2006; 8: 49-54.
- Alonso Fernández M, Franco Vidal A, López Sampedro P, García Lavandera J. Efectividad a medio plazo de un plan de ayuda al fumador desarrollado en atención primaria. *Aten Primaria* 2002; 30: 541-8.
- Barrueco Ferrero M, Jiménez Ruiz CA, Palomo Cobos L, Torrecilla García M, Romero Palacios P, Riesco Miranda JA. Abstinencia puntual y continuada con el tratamiento farmacológico del tabaquismo en la práctica clínica. *Med Clín (Barc)* 2004; 123: 652-6.
- López García-Aranda V, Sánchez Fernández PA, García Rubiera JC, Calvo Jambrina R, Almendro Delia M, Macías Toscazo M, et al. Tabaquismo entre los miembros de la Sociedad Española de Cardiología. Aproximación a la sensatez. *Prev Tab* 2004; 6: 103-12.
- Arias Álvarez MA, Sánchez Bayle M, Fernández Ruiz ML. Diferencias evolutivas en las actitudes respecto al tabaquismo en médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid según el nivel asistencial. *Prev Tab* 2005; 7: 44-8.
- Rodríguez García E, Valderrey Barbero J, Secades Villa R, Vallejo Seco G, Fernández Hermida JR, Jiménez García JM, et al. Consumo y actitudes sobre el tabaco entre el personal sanitario del Principado de Asturias (España). *Trastornos Adictivos* 2004; 6 (4): 234-9.
- Sánchez L, Calatrava JM, Escudero C, García A, Marco V, Esteras A. Prevalencia del tabaquismo en la población médica. *Med Clín (Barc)* 1988; 90: 404-7.
- Ruiz de Gordejuela E, Lorza JJ, Urresti A. El tabaquismo entre los trabajadores del Hospital de Santa Marina, Bilbao: Consumo y actitudes. *Prev Tab* 2000; 2 (2): 95-100.
- Gil E, Robledo T, Rubio JM, Bris MP, Espiga I, Sáiz I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998, España. *Prev Tab* 2000; 2: 22-31.
- Romero Palacios PJ, Solano S, Jiménez Ruiz CA, Barrueco M, Hernández I, Lorza JJ, et al. El tabaquismo entre los miembros de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Hacia un futuro mejor. *Prev Tab* 2000; 2: 151-65.
- La función de los profesionales de la salud en el control del tabaco. Organización Panamericana de la salud 2004. Disponible en www.who.int.

25. Sampedro E. Actitud ante el tabaco y prevalencia de fumadores en médicos de atención primaria en Guipúzcoa. *Aten Primaria* 1994; 9: 51-62.
26. Laporte J. El papel del médico en la lucha antitabáquica. *Med Clín (Barc)* 1987; 89 (supl 1): 3-5.
27. Council of Scientific Affairs. A role for physicians and the efficacy on health education effort. *JAMA* 1990; 263: 1816-9.
28. De Granda JI, Carrión F, Alonso S, Márquez F, Riesco J, Sampablo I, et al. Atención y prestación de servicios en materia de tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2006; 42: 600-4.
29. Martínez de la Iglesia J, Rodríguez A, Calderón de la Barca JM, Santos F, Jiménez J. Encuesta sobre el hábito tabáquico en una población de médicos hospitalarios. *Rev Clín Esp* 1998; 182: 429-43.
30. Solano Reina S, Flórez S, Ramos A, Pérez Amor E, Forniés E. Prevalencia y actitudes sobre el tabaquismo en el Hospital de La Princesa. *Prev Tab* 1994; 1: 14-23.
31. Fernández Ruiz ML, Sánchez Bayle M. Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y las enfermeras de la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 355-64.
32. Sánchez P, Lisanti N. Prevalencia del tabaquismo y actitud hacia ese hábito entre médicos de Azuay, Ecuador. *Rev Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health* 2003; 14 (1): 25-30.
33. Kloppe P, Brotons C, Antón JJ, Ciurana R, Iglesias M, Piñeiro R, et al. Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Aten Primaria* 2005; 36: 144-51.
34. Nerín I, Guillén D, Mas A, Crucelaegui A. Evaluación de la influencia que ejerce la facultad de medicina en los futuros médicos respecto al tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2004; 40 (8): 341-7.
35. Plans-Rubio P. Cost-effectiveness analysis of treatments to reduce cholesterol levels, blood pressure and smoking for prevention of coronary heart disease. *Pharmacoeconomics* 1998; 13: 623-43.

Prevalencia del tabaquismo y perfil del fumador en los escolares adolescentes de la provincia de Castellón

A. Khalaf-Ayash¹, A. Fabregat-Agost¹, N. Khalaf-Viciano², A. Sánchez-Martínez¹

¹Asociación Azahar. Castellón. ²Servicio Comunicación Universitat Jaume I. Castellón

RESUMEN

Objetivo: analizar la prevalencia del tabaquismo en los escolares adolescentes de la provincia de Castellón.

Pacientes y métodos: estudio epidemiológico realizado en institutos de educación secundaria (curso 2006-2007); se recogió información sobre hábitos tóxicos, entornos familiar y social del adolescente, el estado de salud general y los síntomas respiratorios, el grado de adicción y dependencia y la motivación para la cesación tabáquica.

Resultados: participaron 1.088 adolescentes de edad media 15,94 años (46,69% chicas y 53,31% chicos). El 25,82% eran fumadores (27,36% chicas, 24,48% chicos). La edad media de inicio del consumo de tabaco fue de 13,46 años, empezando a fumar antes las chicas (13,08 años) que los chicos (13,85 años), y antes entre 10-14 años (12,38 años) que entre 15-19 años (13,57 años). El porcentaje de familiares y amigos fumadores fue mayor entre los adolescentes fumadores. Al aumentar el grado de dependencia física y/o psíquica/social/gestual a la nicotina, el grado de motivación para dejar de fumar fue menor y la actitud ante el abandono fue peor.

Conclusiones: el inicio del consumo de tabaco se da cada vez a edades más tempranas y antes en las chicas que en los chicos, detectándose una asociación entre el entorno familiar y el social y el inicio y mantenimiento del hábito tabáquico.

Palabras clave: Tabaquismo; Adolescencia; Estudio epidemiológico.

ABSTRACT

Objective: to analyze the prevalence of smoking in the adolescents scholars in the province of Castellón.

Patients and methods: epidemiologic study carried out in secondary schools, with the help of a questionnaire where in addition to the toxic habits, information on familiar and social environment, global health

Correspondencia: Dr. Ahmad Khalaf-Ayash. Asociación Azahar. Asociación Valenciana para la prevención, control y tratamiento del tabaquismo. Comanda de Fadrell, 4 - entlo izq. 12005 Castellón e-mail: azahar@asociacionazahar.org

Recibido: Diciembre 2008. *Aceptado:* Marzo 2009
[Prev Tab 2009; 11(1): 10-18]

status and respiratory symptoms; addiction and dependence degree and smoking cessation motivation was collected.

Results: 1,088 adolescents with a mean age of 15.94 years participated (46.69% girls and 53.31% boys). The 25.82% were smokers (27.36% girls and 24.48% boys). The mean age of starting smoking was 13.46 years, starting to smoke earlier the girls (13.08 years) than the boys (13.85 years), and earlier between 10-14 years (12.38 years) than between 15-19 years (13.57 years). Higher percentage of familiar and friends smokers was seen within adolescent smokers. As the physic and/or psychic/social/gestural dependence degree to nicotine increases, the motivation degree to stop smoking was smaller and the attitude about cessation was worst.

Conclusions: smoking starting is every time at a younger age and earlier in girls than boys, being an association detected between familiar and social environment and the start and maintenance of smoking.

Key words: Smoking; Adolescence; Epidemiologic study.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo constituye, ante todo, un importante problema de salud pública. El tabaco es la mayor causa evitable de muerte prematura en nuestro país. Una de cada cinco muertes cada año es el resultado directo o indirecto del tabaquismo. El tabaquismo está asociado a diferentes enfermedades, principalmente de tipo cardiovascular o respiratorio¹⁻⁴.

El tabaquismo en España, a pesar de mostrar un descenso en los últimos años, dista aún de hallarse bajo control (16-24 años: 36,6% 2001, 33,0% 2003, 28,3% 2006)⁵, siendo actualmente la tasa de tabaquismo algo superior entre los jóvenes que en la población general.

Si bien en los últimos años se encuentra una tendencia al descenso en el tabaquismo juvenil masculino (16-24 años: 36,4% 2001, 34,8% 2003, 25,5% 2006)⁵, el aumento del tabaquismo juvenil femenino mantiene las prevalencias globales (16-24 años: 36,8% 2001, 31,1% 2003, 31,2% 2006)⁵.

Actualmente, es muy preocupante el alto porcentaje de fumadores, principalmente entre los más jóvenes, observándose que cada vez se empieza a fumar antes y a este hábito cada vez acceden más mujeres⁶.

En España, la prevalencia del tabaquismo es diferente en cada comunidad autónoma, las comunidades canaria, andaluza y valenciana son las que tienen una tasa de fumadores superior a la media nacional, correspondiendo la mayor tasa a la comunidad valenciana (30,9%, año 2003)⁵.

Debido al carácter adictivo que tiene el tabaco se hace necesario profundizar en la epidemiología de la iniciación tabáquica e identificar la magnitud de las conductas en las primeras fases de la adolescencia⁷. Es necesario conocer los factores psicológicos que determinan el inicio en el tabaquismo, mereciendo especial atención los factores conductuales y cognitivo-afectivos.

Según los datos de la última encuesta estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES)⁸, el tabaco es la segunda droga más consumida por los estudiantes de Enseñanza Secundaria de 14 a 18 años. En 2006, un 46,1% de los estudiantes afirmaban haberlo consumido alguna vez en la vida, y un 27,8% lo consumieron en los últimos 30 días.

El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia del tabaquismo entre los escolares adolescentes de la provincia de Castellón, así como conocer el perfil del fumador, incluyendo las características del entorno familiar y del social, el estado de salud, el grado de adicción y dependencia y la motivación para la cesación tabáquica. Disponer de un amplio conocimiento del entorno y situación del fumador permitiría planificar y realizar campañas más efectivas de prevención del hábito tabáquico a edades tempranas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico, de corte transversal, observacional, multicéntrico y de ámbito provincial, realizado en adolescentes y jóvenes estudiantes de edades comprendidas entre 10 y 19 años de varios institutos de la provincia de Castellón.

Se solicitó la participación de los institutos de educación secundaria (IES) de la provincia de Castellón a través de llamada telefónica y/o correo electrónico, durante el curso 2006 - 2007. A continuación se recogió la firma del consentimiento informado de los padres en los centros que aceptaron participar en el estudio, y se entregaron los cuestionarios. Los días concertados se recogieron los cuestionarios cumplimentados y se entregaron folletos informativos

sobre los efectos del monóxido de carbono (CO), así como material informativo para la deshabituación tabáquica. En los cuestionarios, además de los hábitos tóxicos, se recogió información sobre el entorno familiar y el social del adolescente, el estado de salud general y los síntomas respiratorios, el grado de adicción y dependencia (test de Fagerström⁹ y test de Glover-Nilsson¹⁰, respectivamente) y la motivación para la cesación tabáquica (test de Richmond¹¹). La valoración del estado de salud, actual y a un año vista, se realizó mediante una escala de 0 (fatal, peor imposible) a 10 (mejor imposible).

El estudio se realizó de acuerdo con las directrices internacionales para la Revisión Ética de los Estudios Epidemiológicos¹² y las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)¹³ si bien, dada la naturaleza de la encuesta (no intervencionista y sin fármaco asociado) no fue requerida su presentación a un comité de ética; y, siguiendo la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, en relación a la confidencialidad de los datos del participante.

Para el análisis estadístico, se utilizó estadística descriptiva para resumir los datos demográficos de los pacientes. Para las variables cualitativas se describieron frecuencia y porcentaje, mientras que para las variables cuantitativas se mostraron medidas de tendencia central y dispersión. Se realizaron análisis bivariantes entre las variables principales del estudio y las diferentes características clínicas (fumador/ex-fumador/no fumador) y demográficas (sexo, edad y zona). Para comparar las tablas de contingencia, se utilizó el test de chi-cuadrado o el test de Fisher para las variables de tipo nominal o cualitativo (según procediera), y se utilizó el análisis de la varianza o el test de Kruskal-Wallis/Wilcoxon para las variables continuas (según procediera). El nivel de significación adoptado fue de 0,05 bilateral. Todos los datos se analizaron mediante el *software* estadístico SAS (versión 8.02).

RESULTADOS

Se incluyeron 1.199 adolescentes entre los 12 IES que aceptaron participar en el estudio. Se descartaron 111 jóvenes por no especificar la edad y/o el sexo, quedando un total de 1.088 jóvenes válidos para análisis. El 53,31% de los participantes eran chicos (n = 580), y la edad media de los adolescentes se situó en $15,94 \pm 1,45$ años, siendo significativamente superior la edad de los chicos ($15,68 \pm 1,28$ años en las chicas frente a $16,17 \pm 1,56$ años en los chicos; $p < 0,0001$). No se observaron diferencias significativas en la distribución de los grupos de edad entre chicas y chicos.

	Chica (n = 508)	Chico (n = 580)	Total (n = 1.088)
Sexo, n (%)	508 (46,69%)	580 (53,31%)	1.088 (100%)
Edad, años (media ± DE)	15,68 ± 1,28	16,17 ± 1,56*	15,94 ± 1,45
Grupos de edad, n (%)			
10-14 años	74 (14,57%)	79 (13,62%)	153 (14,06%)
15-19 años	434 (85,43%)	501 (86,38%)	935 (85,94%)
Zona de residencia, n (%)			
Capital	153 (37,14%)	259 (62,86%)*	412 (37,9%)
Provincia	355 (52,51%)	321 (47,49%)	676 (62,1%)

*Significación estadística ($p < 0,05$). Test estadístico: test exacto de Fisher/test no paramétrico. Resultados expresados en media ± DE (desviación estándar) o % (porcentaje).

TABLA I. Características demográficas.

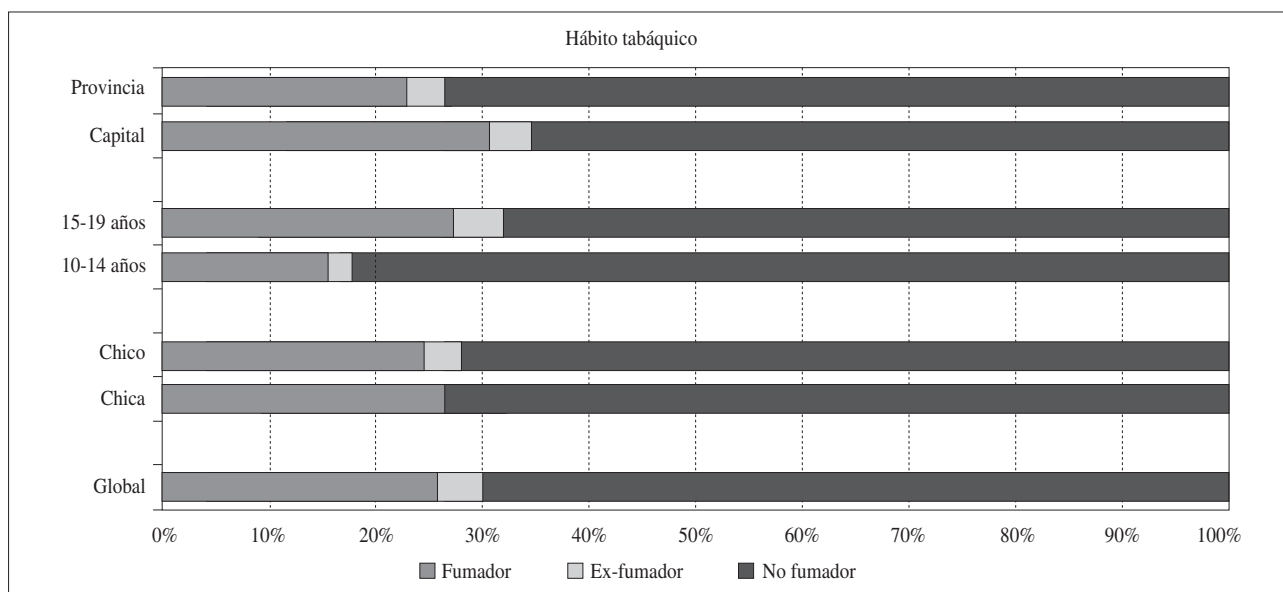


FIGURA 1. Prevalencia del hábito tabáquico.

Se observaron diferencias significativas en la distribución del sexo según la zona de residencia, con un porcentaje inferior de chicas en los IES de la capital (37,14% de chicas frente a 62,86% de chicos, $p < 0,0001$) y un porcentaje mayor en los IES de la provincia (52,51% de chicas frente al 47,49% de chicos, $p < 0,0001$) (Tabla I).

En relación al consumo de tabaco (Fig. 1), se observó que el 25,82% de los jóvenes eran fumadores, el 4,14% eran ex-fumadores (13,06 meses de media desde que dejaron de fumar) y el 70,04% restante eran no fumadores. Se observó una tasa de tabaquismo superior en las chicas, aunque sin significación estadística (27,36 frente a 24,48%; $p = 0,2206$). Por grupo de edad, se observó un porcentaje significativamente superior de fumadores entre los adolescentes de 15 a 19 años de edad que entre los de 10 a 14 años (27,49 frente a 15,69%, respectivamente, $p < 0,0001$). Por

zona, el porcentaje de fumadores fue mayor en los IES de la capital que en los IES de la provincia (30,58 frente a 22,93%, respectivamente) aunque dicha diferencia no llegó a ser significativa.

Entre los fumadores, la edad media en el inicio del consumo de tabaco fue de $13,46 \pm 1,75$ años, empezando a fumar antes las chicas que los chicos ($13,08 \pm 1,68$ años y $13,85 \pm 1,73$ años, respectivamente; $p < 0,0001$). En el momento del estudio fumaban una media de 8 cigarrillos/día independientemente del género del encuestado, mientras que un año antes el consumo medio diario era inferior (6,9 cigarrillos/día), habiéndose producido un incremento medio de 1,10 cigarrillos diarios, y el consumo de tabaco era de 1,44 paquetes-año en promedio.

Los jóvenes fumadores de 10-14 años indicaron iniciarse en el hábito tabáquico a los $12,38 \pm 1,10$ años de

Síntomas	Fumador (n = 281)	Ex-fumador (n = 45)	No fumador (n = 762)	Total (n = 1.088)
Tos	96 (34,16%)	13 (28,89%)	76 (9,97%)	185 (17,00%)*
Expectoraciones	52 (18,51%)	7 (15,56%)	32 (4,20%)	91 (8,36%)*
Fatiga	80 (28,47%)	8 (17,78%)	57 (7,48%)	145 (13,33%)*
Sibilancias	42 (14,95%)	3 (6,67%)	27 (3,54%)	72 (6,62%)*
Ronquidos	32 (11,39%)	6 (13,33%)	59 (7,74%)	97 (8,92%)

*Significación estadística ($p < 0,0001$). Test estadístico: test de chi-cuadrado. Resultados expresados en % (porcentaje).

TABLA II. Sintomatología según el hábito tabáquico.

media mientras que los jóvenes de 15-19 años se iniciaron a una edad significativamente superior (a los $13,57 \pm 1,76$ años) ($p < 0,0001$). No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de edades estudiados en relación al promedio de cigarrillos diarios consumidos.

En el análisis por zona, los adolescentes fumadores de los IES de la provincia se iniciaron en el consumo del tabaco antes que los adolescentes de los IES de la capital ($13,09 \pm 1,73$ años frente a $13,93 \pm 1,66$ años respectivamente, $p < 0,0001$), si bien el consumo de tabaco era superior en la capital que en la provincia (8,89 cigarrillos/día frente a 7,19 cigarrillos/día respectivamente, $p = 0,0132$).

En relación al motivo de inicio del hábito tabáquico, de entre los 217 adolescentes fumadores que respondieron a esta pregunta, el 35,48% afirmaron haberse iniciado en el hábito por curiosidad y el 24,42%, por amistades y/o novios.

En relación al entorno social y al familiar, el 58,31% de los adolescentes encuestados afirmaron convivir con algún familiar que fumaba, observándose un mayor porcentaje de familiares fumadores entre los adolescentes fumadores o ex-fumadores que entre los no fumadores (69,09; 65,85 y 53,87%, respectivamente, $p < 0,0001$).

El 89,60% de los jóvenes afirmaron estar expuestos al humo de los demás, observándose que el porcentaje en fumadores y ex-fumadores era mayor al de no fumadores (93,09; 100,0 y 87,72%, respectivamente, ($p < 0,0041$).

El 71,54% de los adolescentes afirmaron tener amigos que fuman, en el caso de encuestados fumadores el porcentaje de amigos fumadores fue superior que en los ex-fumadores y no fumadores (96,75; 87,80 y 61,04%, respectivamente, $p < 0,0001$).

Respecto al consumo de otras sustancias, el 65,93% de los adolescentes encuestados afirmaron consumir alcohol, detectándose una asociación entre el consumo de alcohol y el consumo de tabaco. El 89,01% de los fumadores, el 82,93% de los ex-fumadores y el 56,32% de los no fumadores manifestaron su consumo de alcohol ($p < 0,0001$). El

tipo de alcohol más consumido era el licor (57,06%), seguido de la cerveza (36,39%) y el vino (21,40%).

En relación con el consumo de otras drogas, el 10,85% de los jóvenes encuestados afirmaron consumir otros tipos de drogas. Se detectó una asociación entre el consumo de otras drogas y el consumo de tabaco ($p < 0,0001$): el 34,35% de los adolescentes fumadores afirmaron consumir otras drogas, frente al 9,76% de los ex-fumadores y al 2,14% de los no fumadores. El consumo de *cannabis* entre todos los adolescentes participantes en el estudio fue del 7,90%, mientras que el consumo de cocaína y pastillas de diseño no llegó al 1%. En el caso de los adolescentes fumadores, el consumo de *cannabis* fue del 29,54%. No obstante, cabe destacar que, entre los adolescentes que dijeron consumir otras drogas, el *cannabis* fue el más consumido (78,90% del total, llegando al 92,22% entre los fumadores), siendo minoritario el consumo de cocaína (4,59% del total) y pastillas de diseño (1,83% del total).

Al evaluar la presencia de enfermedades, no se observó ninguna asociación entre las enfermedades y el consumo de tabaco. El 9,56% de los adolescentes (11,39% de los fumadores, el 6,67% de los ex-fumadores, y el 9,06% de los no fumadores) encuestados afirmaron padecer alguna enfermedad, siendo las enfermedades más frecuentes la alergia (31,73%) y el asma (25,96%). En relación a los síntomas, se observó una asociación positiva entre los diferentes síntomas y el hábito tabáquico del encuestado. ($p < 0,0001$). Así, los adolescentes fumadores presentaron tos, expectoraciones, fatiga y sibilancias en mayor porcentaje que el resto de jóvenes (Tabla II).

La valoración personal sobre el estado de salud en el momento del estudio fue mejor en los adolescentes no fumadores, con una media de $8,31 \pm 1,29$ puntos sobre un máximo de 10, mientras que las puntuaciones medias de los fumadores y ex-fumadores se situaron un punto por debajo. Comparando esta valoración respecto al año anterior se observó que en los fumadores se había producido una disminución en dicha valoración, indicando una percepción de peor estado de salud (Tabla III).

Valoración (0-10)	Fumador (n = 281)	Ex-fumador (n = 45)	No fumador (n = 762)	Total (n = 1.088)
Estado de salud actual*	7,28 ± 1,50	7,29 ± 1,31	8,31 ± 1,29	8,00 ± 1,43
Estado de salud el año pasado*	7,35 ± 2,04	6,76 ± 1,84	7,96 ± 1,71	7,76 ± 1,83

*Significación estadística ($p < 0,0001$). Test estadístico: test no paramétrico. Resultados expresados en media ± DE (desviación estándar).

TABLA III. Valoración del estado de salud.

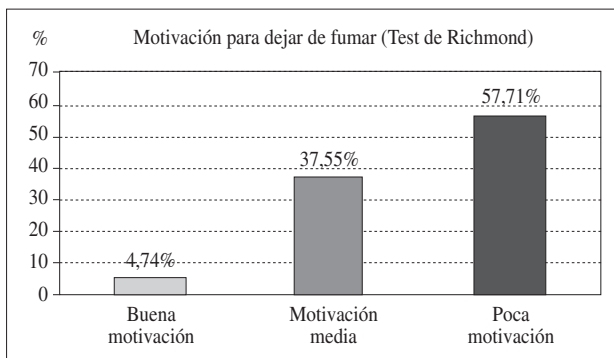


FIGURA 2. Motivación para dejar de fumar.

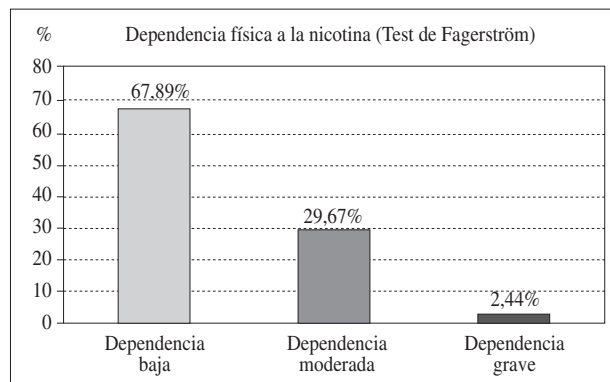


FIGURA 3. Grado de dependencia física a la nicotina (test de Fagerström).

Al evaluar la actitud ante el abandono entre los fumadores, se observó que el 24,52% de los adolescentes fumadores no habían pensado dejar de fumar, mientras que el 75,48% restante sí se habían planteado dejar de fumar. No se encontraron diferencias significativas entre chicos y chicas. El 32,76% de los adolescentes fumadores consiguieron dejar de fumar en alguna ocasión. El tiempo medio máximo que estuvieron sin fumar fue de 3,47 meses. El motivo principal de recaída fue la influencia de amigos, del entorno y/o la invitación de los amigos a un cigarrillo (34,62%). El 98,35% reconocieron saber que el tabaco es el causante de algunas enfermedades, mencionando mayoritariamente el cáncer (75,44%) y las patologías respiratorias (11,74%).

En relación a la motivación para dejar de fumar (test de Richmond), únicamente el 4,75% de los fumadores tenían buena motivación, mientras que para el 37,55% la motivación era media y el 57,71% tenían poca motivación (Fig. 2). No se encontraron diferencias en función del sexo, edad y zona.

Al evaluar el grado de dependencia física a la nicotina (test de Fagerström), se observó que el 67,89% de los adolescentes fumadores mostraron una dependencia baja a la nicotina, el 29,67%, moderada y el 24,4% restante, grave. No se observaron diferencias en función del sexo, edad y zona (Fig. 3).

En relación con la dependencia psicológica, social y gestual (test de Glover-Nilsson), el 13,39% de los jóvenes fumadores mostraron una dependencia psicológica grave, el 16,27%, una dependencia social grave y el 65,9%, una dependencia gestual grave (Tabla IV). En el caso de la dependencia psicológica y de la dependencia gestual, se observó una mayor dependencia en las chicas que en los chicos. No se detectó ninguna otra diferencia en función del sexo, edad y zona.

Al analizar la actitud ante el abandono en función de la dependencia psíquica, social y gestual (Tabla V), se observó que a menor dependencia mayor era el porcentaje de adolescentes que tenían pensado dejar de fumar, si bien no se alcanzó significación estadística en ningún caso.

Al analizar la posible correlación lineal entre los 3 test realizados, se observó la existencia de una relación lineal negativa en la motivación para dejar de fumar con el grado de dependencia física a la nicotina ($r = -0,29$, $p < 0,0001$) y el grado de dependencia psíquica en sus tres aspectos (psíquica: $r = -0,44$, $p < 0,0001$; social: $r = -0,26$, $p < 0,0001$; gestual: $r = -0,31$, $p < 0,0001$). Ello indica que a medida que aumentaba el grado de dependencia física y/o psíquica/social/gestual a la nicotina, el grado de motivación para dejar de fumar fue menor.

Test de Glover-Nilsson	Respuestas	Chica (n = 139)	Chico (n = 142)	Total (n = 281)
Dependencia psicológica*	1. Leve (0-5)	61 (48,80%)	87 (67,44%)	148 (58,27%)
	2. Moderada (6-10)	44 (35,20%)	28 (21,71%)	72 (28,35%)
	3. Grave (11-16)	20 (16,00%)	14 (10,85%)	34 (13,39%)
Dependencia social	1. Leve (0-2)	51 (41,13%)	62 (48,44%)	113 (44,84%)
	2. Moderada (3-5)	47 (37,90%)	51 (39,84%)	98 (38,89%)
	3. Grave (6-8)	26 (20,97%)	15 (11,72%)	41 (16,27%)
Dependencia gestual*	1. Leve (0-15)	14 (11,48%)	22 (17,32%)	36 (14,46%)
	2. Moderada (16-31)	17 (13,93%)	32 (25,20%)	49 (19,68%)
	3. Grave (≥ 32)	91 (74,59%)	73 (57,48%)	164 (65,86%)

*Significación estadística ($p < 0,05$). Test estadístico: test chi-cuadrado. Resultados expresados en % (porcentaje).

TABLA IV. Dependencia según el test Glover-Nilsson.

Test de Glover-Nilsson	Respuestas	Piensa dejar de fumar	No piensa dejar de fumar
Dependencia psicológica*	1. Leve (n = 148)	97 (73,48%)	35 (26,52%)
	2. Moderada (n = 72)	37 (57,81%)	27 (42,19%)
	3. Grave (n = 34)	18 (60,00%)	12 (40,00%)
	Total (n = 254)	152 (67,26%)	74 (32,74%)
Dependencia social	1. Leve (n = 113)	75 (76,53%)	23 (23,47%)
	2. Moderada (n = 98)	58 (62,37%)	35 (37,63%)
	3. Grave (n = 41)	18 (52,94%)	16 (47,06%)
	Total (n = 252)	151 (67,11%)	74 (32,89%)
Dependencia gestual*	1. Leve (n = 36)	24 (80,00%)	6 (20,00%)
	2. Moderada (n = 49)	34 (73,91%)	12 (26,09%)
	3. Grave (n = 164)	92 (62,59%)	55 (37,41%)
	Total (n = 249)	150 (67,26%)	72 (32,74%)

*Significación estadística ($p < 0,05$). Test estadístico: test chi-cuadrado. Resultados expresados en % (porcentaje).

TABLA V. Actitud ante el abandono y dependencia (test Glover-Nilsson).

DISCUSIÓN

La prevalencia del consumo de tabaco entre los jóvenes de 10-19 años de la provincia de Castellón fue del 25,82% que, si bien no deja de ser elevada, es similar al porcentaje de población general fumadora (27,0%, 2006) y al porcentaje de jóvenes entre 16-24 años fumadores (28,3%, 2006)⁵ descritos en la bibliografía. Comparando con otras regiones, la prevalencia del 25,82% encontrada en la provincia de Castellón es superior a la encontrada por algunos autores en regiones como Sevilla (19,1%)⁶ o Castilla-León (13,7%)¹⁴, pero es inferior a la encontrada en Cataluña (28%)¹⁵, en Málaga (32%)¹⁶, y en Granada (39%)¹⁷. Asimismo, los resultados parecen confirmar el aumento del tabaquismo juvenil femenino, habiéndose encontrado una tasa superior de tabaquismo en las chicas en comparación con los chicos (27,36 vs 24,48%), lo cual coincide con los datos descritos en la bibliografía (porcentaje de fumadores

entre los 16-24 años del 31,2% entre las chicas y del 25,5% entre los chicos)⁵.

La edad media en el inicio del consumo de tabaco fue de 13 años, coincidiendo con la edad de inicio hallada en otras publicaciones^{5,6,18}, aunque las chicas se inician un poco antes que los chicos. En el momento de estudio el consumo tabáquico medio era de 8 cigarrillos diarios y, tan solo un año antes, el promedio era de 1 cigarrillo menos, lo cual implica un aumento del consumo de tabaco con la edad. Por otra parte, destacar que los jóvenes de 10-14 años se iniciaron en el hábito tabáquico antes que los jóvenes de 15-19 años, lo cual es indicativo de una tendencia a iniciar el hábito tabáquico a una edad más temprana.

El 35,48% de los adolescentes se inician en el consumo de tabaco como experimentación y por las amistades (24,42%). También se observa una mayor prevalencia de familiares y amigos que fuman entre los fumadores (69,09%, 96,75%) respecto a los no fumadores (53,87%, 61,04%).

Estos resultados corroboran la influencia del entorno social y el familiar descrita en múltiples estudios^{6,19-21}.

Numerosos estudios demuestran que el consumo de bebidas alcohólicas está estrechamente ligado al entorno familiar y al social, y que el alcohol constituye la droga psicoactiva más probada y consumida por la población escolar^{5,21-25}. El 65,93% de los encuestados manifestaron que consumían alcohol. Este estudio también pone de manifiesto la asociación entre el consumo de alcohol y el consumo de tabaco, el consumo de alcohol era superior entre los fumadores (89,01 vs 56,32%). También se ha encontrado una asociación entre el consumo de otras drogas y el consumo de tabaco, siendo el consumo de otras drogas muy superior entre los fumadores (34,35 vs 2,14%). El consumo de *cannabis* encontrado en el presente estudio, del 7,90% (que, en el caso de los fumadores, llega a ser del 29,54%), contrasta con los resultados obtenidos en otros estudios, en que se han encontrado porcentajes de consumo de *cannabis* del 34%²⁶ y del 30%¹⁶. A nivel nacional se ha encontrado que el consumo de *cannabis* entre los estudiantes de 14 a 18 años era del 21% en el 2006²⁷.

Por otra parte, cabe destacar que el hecho de iniciarse en el consumo de tabaco a estas edades puede aumentar la posibilidad de padecer alguna enfermedad asociada al consumo de tabaco a edades precoces, como demuestran numerosos estudios^{2,21,28-30}. A este respecto, se ha encontrado una asociación positiva entre los diferentes síntomas evaluados y el consumo de tabaco, con una mayor prevalencia de tos, expectoraciones, fatiga y sibilancias en los fumadores que en los no fumadores. La relación causal entre el consumo de tabaco y enfermedades está bien establecida, de hecho, dos tercios de las muertes atribuibles al consumo de tabaco son defunciones por cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica e ictus^{31,32}.

De acuerdo con el Plan Nacional de Lucha contra la Droga³³, el 83,4% de los fumadores de entre 14-18 años se han planteado dejarlo. En el presente estudio se observó que el 75,48% de los fumadores se habían planteado dejar de fumar. Al analizar el motivo principal de la recaída en estos adolescentes, se encontró que en el 34,62% de los casos fue la influencia de los amigos, lo cual vuelve a incidir sobre la importancia del entorno social en el hábito tabáquico, poniendo de manifiesto la necesidad de establecer estrategias para reducir el consumo de tabaco entre los jóvenes³³. Esta necesidad se ve reforzada al constatar que se encontró que había muy pocos adolescentes con buena motivación para dejar de fumar (4,75%), mientras que más de la mitad tenían poca motivación para ello

Hábito tabáquico:

Edad comienzo: Edad de consumo regularizado:
 Motivo de inicio del hábito:
 Nº de cigarrillos que fumas actualmente cada día:
 Nº de cigarrillos que fumabas hace un año:

Situaciones que aumentan el consumo:

El relax	SÍ	NO
El estrés	SÍ	NO
Con amigos	SÍ	NO
Fin de semana	SÍ	NO
Otras	SÍ	NO

¿Cuáles?

Consumo y entorno:

Independientemente de que fumes o no, ¿algún otro miembro de tu familia fuma habitualmente en casa?

a) Sí ¿Cuántas personas?

Indicar:

Fuma mi madre
 Fuma mi padre
 Fuman mis hermanos
 Fuma mi pareja
 Otros (especificar)

b) No

Independientemente de que fumes o no, ¿estás o has estado sometido al humo de los demás? (bares, cafeterías, zonas de ocio...)

a) Sí (especifica lugares y durante cuánto tiempo)

.....

b) No

¿Fuman tus amigos? SÍ NO

¿Tu madre fumaba durante la gestación? SÍ/NO

¿Te ha aconsejado alguien que dejes de fumar?

SÍ/NO (quién)

¿Te dijo cómo hacerlo o te remitió a algún lugar donde pudieran ayudarte?

SÍ/NO (especificar)

¿Encuentras colaboración y apoyo en tu entorno? SÍ/NO

¿De quién o de quiénes?

ANEXO 1. Cuestionario sobre el consumo de tabaco.

¿Consumes otras drogas? SÍ/NO

¿Cuál o cuáles?

¿Con qué frecuencia?

OCASIONAL/DIARIO/FIN DE SEMANA

Cantidad

Observaciones

¿Consumes alcohol? SÍ/NO

¿Con qué frecuencia?

OCASIONAL/DIARIO/FIN DE SEMANA

Indica litros por semana de las siguientes bebidas:

..... Cerveza Vino Licores

ANEXO 2. Cuestionario sobre el consumo de otras sustancias.

(57,71%). Algunos estudios han demostrado la importancia del consejo antitabáquico y de la información sobre los problemas causados por el tabaco, como herramientas para

¿Padeces alguna enfermedad? SÍ/NO										
¿Cuál o cuáles?										
¿Tienes tos?	SÍ/NO									
¿Tienes expectoración?	SÍ/NO									
¿Tienes fatiga?	SÍ/NO									
¿Roncas por la noche?	SÍ/NO									
¿Tienes sibilancias? (te chilla el pecho)	SÍ/NO									
¿Tomas medicación actualmente o recibes algún tipo de tratamiento? SÍ/NO										
Especificar en caso afirmativo										
Valora tu estado de salud en el día de hoy, en este momento.										
En una escala de 0 (fatal, peor imposible) a 10 (mejor imposible),										
¿dónde te ubicarías tú? (señala con una cruz)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....										
Piensa en tu estado de salud hace un año y compáralo con el de ahora.										
Valora en una escala de 0 (peor que hace un año) a 10 (mejor que hace un año)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....										
EXPLORACIÓN										
RESULTADO ESPIROMÉTRICO										
MEDICIÓN CO COHB %										

ANEXO 3. Cuestionario sobre la valoración del estado de salud.

conseguir la concienciación de los jóvenes fumadores y que dejen de fumar³⁴. El tabaco es muy difícil de abandonar, contribuyendo a esta dificultad la dependencia que produce a nivel físico, psicológico, social y gestual³⁵⁻³⁷. Los resultados obtenidos en relación con la dependencia física a la nicotina muestran que la mayor parte de los adolescentes fumadores (67,89%) presentan una baja dependencia física a la nicotina, lo que concuerda con los resultados encontrados en los escasos estudios realizados sobre este tema^{38,39}. No obstante, por otra parte, cabe destacar el elevado porcentaje de dependencia gestual grave encontrado entre los adolescentes fumadores (65,9%) que afecta en mayor proporción a las chicas (74,59%). Esta dependencia gestual grave explicaría en parte la baja motivación para dejar de fumar, lo que se confirma por el hecho de haber encontrado que, a medida que aumentaba el grado de dependencia, la actitud ante el abandono del hábito tabáquico era peor.

CONCLUSIONES

El inicio del consumo de tabaco se da cada vez a edades más tempranas y antes en las chicas que en los chicos, detectándose una asociación entre el entorno familiar y el social y el inicio y mantenimiento del hábito tabáquico.

AGRADECIMIENTO

Los autores desean expresar su sincero agradecimiento a todos los Institutos de Educación Secundaria y colectivos participantes que activamente han participado en este estudio. Sin su dedicación la presente publicación no habría sido posible. También nos gustaría agradecer a la Diputación Provincial de Castellón y a la Fundació Caixa-Castelló su apoyo sin el cual la realización de este estudio no hubiera sido posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. SEPAR. <http://www.separ.es>
2. Navarro-Rodríguez MC. Tabaco e inflamación crónica: social y clínica. *An Med Interna (Madrid)* 2006; 23: 1-2.
3. Romero PJ. Asma y humo de tabaco. *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 414-8.
4. Troisi RJ, Speizer FE, Rosner B, Trichopoulos D, Willett WC. Cigarette smoking and incidence of chronic bronchitis and asthma in women. *Chest* 1995; 108: 1557-61.
5. Datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (2001) y de la Encuesta Nacional de Salud (INE. 2003, 2006).
6. Álvarez FJ, Vellisco A, Calderón E, Sánchez J, Del Castillo D, Vargas R, et al. Tabaquismo escolar en la provincia de Sevilla. Epidemiología e influencia del entorno personal y social (campaña de prevención del tabaquismo 1998-1999). *Arch Bronconeumol*. 2000; 36: 118-23.
7. Ariza C, Nebot M. La prevención primaria del tabaquismo: un planteamiento integral. *Prev Tab* 2004; 6 (2): 68-83.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007.
9. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12 (2): 159-82.
10. Glover ED, Nilsson F, Westin A. The Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire (GN-SBQ). *Actas de Third European Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*; París 2001. p. 48.
11. Richmond RL, Keohe L, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioner. *Addiction* 1993; 88: 1127-35.
12. International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies (Council for the International Organizations of Medical Sciences -CIOMS-, Ginebra, 1991).
13. Tormo MJ, Dal-Ré R, Pérez G. Ética e investigación epidemiológica: principios, aplicaciones y casos prácticos. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 1998.
14. Barrueco M, Vicente M, López I, Gonzalves MT, Terrero D, Gardía J, et al. Tabaquismo escolar en el medio rural de Castilla-

- León. Actitudes de la población escolar. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 23-7.
15. Ariza C, Nebot M. Factors associated smoking progression among Spanish adolescents. *Health Educ Research* 2002; 17: 750-60.
 16. Alcalá M, Azañas S, Moreno C, Gálvez L. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cohortes. *Medicina de Familia* 2002; 2: 81-7.
 17. Romero PJ, Luna JD, Mora A, Alché V, León MJ. Perfil tabáquico de los adolescentes de Enseñanza Secundaria. Estudio comparativo entre el medio rural y urbano. *Prev Tab* 2000; 2: 5-16.
 18. Yáñez AM, López R, Serra-Batlles J, Roger N, Arnau A, Roura P. Consumo de tabaco en adolescentes. Estudio poblacional sobre las influencias parentales y escolares. *Arch Bronconeumol* 2006; 42: 21-4.
 19. Aubá J, Villalbí JR. Tabaco y adolescentes. Influencia del entorno personal. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 506-9.
 20. Flay BR, Phil D, Hu FB, Richardson J. Psychosocial predictors of different stages of cigarette smoking among high school student. *Prev Med* 1998; 27: A9-A18.
 21. Torrecilla M, Ruano R, Plaza D, Hernández MA, Barrueco M, Alonso A. Jóvenes y tabaco: prevalencia, patrón y actitud ante el consumo de tabaco. *An Pediatr (Barc)* 2004; 60: 440-9.
 22. Sánchez L. El consumo abusivo de alcohol en la población juvenil española. *Trastornos adictivos* 2002; 4: 12-9.
 23. De la Cruz M. Prevalencia del consumo de alcohol y tabaco en una población adolescente. *Rev Esp Drogodep* 1993; 18: 71-84.
 24. Paniagua H, García S, Castellano G, Sarrallé R, Redondo C. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 121-8.
 25. Suárez RG, Galván C, Oliva C, Doménech E. Adolescentes y hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y drogas). *Rev Esp Pediatr* 1999; 55: 509-14.
 26. Villalbí JR, Bamiol J, Nebot M, Díez E, Ballestín M. Tendencias en el tabaquismo de los escolares: Barcelona, 1987-1996. *Aten Primaria* 1999; 23: 359-62.
 27. Guía sobre drogas (2007). Plan nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. (Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>)
 28. Kiechl S, Werner P, Egger G, Oberhollenzer F, Mayr M, Xu Q, et al. Active and passive smoking, chronic infections, and the risk of carotid atherosclerosis: prospective results from the Bruneck Study. *Stroke* 2002; 33: 2170-6.
 29. González L, Berger K. Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. *Ciencia y enfermería* 2002; 8 (2).
 30. McPhee SJ, Schroeder SA. General approach to the patient: health maintenance and disease prevention, and common symptoms. En: Tierney LM Jr, (ed.). *Current medical diagnosis and treatment*. 39th ed. San Francisco: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2000. p. 5-10.
 31. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Lucha contra la Droga. Encuesta sobre drogas a población escolar, 2002. *Pediatría de Atención Primaria* 2004; 6 (21): 149-67.
 32. Galbe J. Prevención del tabaquismo en la adolescencia. Recomendación. En: *Recomendaciones PrevInfad / PAPPS*. Actualizado diciembre de 2006. (Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/rec_tabaco.htm)
 33. Criado JJ, Morant C, de Lucas A. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en los años 1987 y 1997 en Castilla La Mancha, España. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 27-36.
 34. Banegas JR, Díez L, Rodríguez F, González J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clín* 2001; 117: 692-4.
 35. Fiore Mc, Bailey WC, Cohen SJ, Faith S, Goldstein MG, Gritz ER, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000. (URL disponible en: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf)
 36. Guía de actuación para el abordaje del tabaquismo en Atención Primaria del Área 3. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (2003). (Disponible en: <http://www.publicaciones-isp.org/productos/dt80.pdf>)
 37. Jiménez-Ruiz CA, Ayesta J, Planchuelos MA, Abengozar R, Torrecillas M, Quintás AM, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Prev Tab* 2001; 3 (2): 78-85.
 38. Clemente ML, Rubio E, Pérez A, Marrón R, Herrero I, Fuertes J. Determinación de la dependencia nicotínica en escolares fumadores a través de un test de Fagerström modificado. *An Pediatr* 2003; 58: 538-44.
 39. Prokhorov AV, Pallonen UE, Fava JL, Ding L, Niaura R. measuring nicotine dependence among high risk adolescent smokers. *Addict Behav* 1996; 21: 117-27.

Documento de consenso entre sociedades científicas y asociaciones de pacientes sobre la financiación de los tratamientos farmacológicos para el tabaquismo

C.A. Jiménez Ruiz¹, M. Barrueco Ferrero³, S. Solano Reina¹, J.A. Herrada García², J.A. Riesco Miranda¹

¹Área de Trabajo de Tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR, ²Coalición de ciudadanos con enfermedades crónicas, ³SOCALPAR

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo se define como una enfermedad crónica, de alta prevalencia, que en el 80% de los casos se inicia antes de los 18 años de edad, que se mantiene merced a la dependencia que produce la nicotina y cuyas principales manifestaciones clínicas son: trastornos respiratorios, trastornos cardiovasculares y aparición de tumores de diversa localización. Es la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados. De esta amplia definición de tabaquismo conviene destacar los siguientes aspectos.

Primero, su carácter como enfermedad crónica. En este sentido, la dependencia por la nicotina, que sufren más del 80% de los consumidores de tabaco, juega un papel preponderante. En el tabaquismo, pues, destacan dos características: la cronicidad y la adicción. Ambas son las responsables de su más relevante singularidad clínica: la recidiva¹⁻³. La OMS en el ICD-10 considera al tabaquismo como una enfermedad crónica y le otorga el código de clasificación F-17¹.

Segundo, su alta prevalencia. El tabaquismo es la enfermedad crónica más prevalente en nuestro país. El 30% de la población general española padece este proceso. Ninguna otra enfermedad crónica muestra unas tan altas cifras de prevalencia⁴.

Tercero, el tabaquismo es la primera causa evitable de muerte en España. En el momento actual el tabaquismo causa 54.000 muertes cada año en nuestro país⁵. Ello repre-

senta casi 1.000 muertes por semana. Ninguna otra enfermedad ocasiona tan elevadas cifras de mortalidad.

El reconocimiento del tabaquismo como enfermedad crónica y adictiva con tendencia a la recidiva, de alta prevalencia y causante de elevada mortalidad; por parte de todos los profesionales sanitarios, es una clave de singular trascendencia para conseguir controlarlo.

ANTECEDENTES

Un buen número de tratamientos farmacológicos del tabaquismo han sido desarrollados a la par que este proceso era reconocido como enfermedad crónica. En los últimos cuarenta años la investigación básica de nuevos fármacos para dejar de fumar, así como el desarrollo de ensa-

Otros participantes en la redacción del documento: Dr. Cascales García (AIRE), Dr. Martínez Muñir (ASTURPAR), Dr. Pérez Negrín (NEUMOCAN), Dr. Rodríguez Hermosa (NEUMOMADRID), Dr. Romero Palacios (NEUMOSUR), Dr. Pérez Trullén (SADAR), Dra. Márquez Pérez (SEAR), Dr. Ruiz de Oña (SOCAMPAR), Dra. Altet Gómez (SOCAP), Dr. Blanco Pérez (SOGAPAR), Dr. Santacruz Seminiani (SOMUPAR), Dr. Signe-Costa Miñana (SVNEUMO), Dr. Ruiz de Gordejuela (SVNPR).

Sociedades científicas que apoyan el documento: Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Española de Diabetes, Sociedad Española del Dolor, Sociedad Española de Geriátrica, Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la Hipertensión, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Nefrología, Sociedad Española de Neurología, Sociedad Española de Oftalmología, Sociedad Española de Oncología Médica, Sociedad Española de Quimioterapia, Sociedad Española de Reumatología, Sociedad Española de Traumatología y Cirugía Ortopédica, Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, Federación Española de Diabetes.

Correspondencia: Dr. Carlos A. Jiménez Ruiz, Unidad Especializada en Tabaquismo. C/ Santa Cruz del Marcenado, 9. 28015 Madrid

Recibido: Enero 2009. *Aceptado:* Enero 2009
[Prev Tab 2009; 11(1): 19-24]

yos clínicos aleatorizados y controlados con placebo para probar su efectividad y seguridad, han sido una constante en la investigación científica internacional⁶⁻⁸.

Por otro lado, las instituciones científicas nacionales e internacionales más interesadas en el control de esta enfermedad han desarrollado normativas, recomendaciones y guías de práctica clínica para el tratamiento farmacológico de este proceso. El anexo muestra un listado con las referencias de las más recientes.

A continuación expondremos las principales conclusiones de estos informes científicos en relación a dos aspectos: eficacia y seguridad de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar, y coste/efectividad de estas terapias.

Eficacia y seguridad de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar

Los siguientes medicamentos han sido identificados como tratamientos farmacológicos eficaces y seguros para ayudar a los fumadores a dejar de fumar: chicles de nicotina, parches de nicotina, *lozenges* de nicotina, inhalador bucal de nicotina, *spray* nasal de nicotina, bupropión y vareniclina. Además de éstos, también se consideran eficaces y seguras las siguientes combinaciones: combinación de parches con chicles de nicotina, combinación de parches con *spray* nasal de nicotina, combinación de parches con inhalador bucal de nicotina, combinación de parches de nicotina con bupropión, combinación de parches de nicotina con nortriptilina, combinación de parches de nicotina con venlafaxina y combinación de parches de nicotina con paroxetina^{2,3,6-8}.

Cuando un fumador esté realizando un serio intento de abandono del consumo de tabaco debe recibir alguno de estos tratamientos. La falta de prescripción de esta medicación debe ser considerada como mala práctica médica. En ciertos casos, la utilización de esta medicación puede estar contraindicada: fumadores menores de 16-18 años, fumadores que consumen menos de 10 cigarrillos diarios, en embarazadas o en aquellas que están lactando y en personas con contraindicaciones para la utilización de alguno de estos fármacos. En estos casos, la prescripción de medicamentos deberá individualizarse teniendo en cuenta el binomio riesgo/beneficio^{2,3,6-8}.

Coste/efectividad de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar

El tabaquismo ocasiona importantes pérdidas económicas, no sólo por gastos directos para atender a las enfermedades atribuidas al consumo del tabaco, sino también en gastos indirectos como consecuencia de la pérdida de pro-

ductividad durante la vida laboral de los enfermos. Un estudio realizado en España ha encontrado que el coste directo por la atención a sólo seis de las principales enfermedades asociadas al consumo del tabaco suponía un gasto superior a las tres cuartas partes de la recaudación fiscal que genera este producto. Así, el coste directo en España por la atención a estos procesos: EPOC, asma, enfermedades coronarias, ictus, cáncer de pulmón y bajo peso al nacer fue, durante el año 2003, de alrededor de 3.919 millones de euros. Mientras que la recaudación fiscal por el consumo de tabaco en ese año apenas alcanzó los 5.525 millones de Euros⁹. Cualquier intervención médica sobre el consumo de tabaco resulta coste/eficaz. Es más, todos los tipos de terapia sustitutiva con nicotina (TSN), el bupropión y la vareniclina han demostrado ser coste/efectivos².

La relación coste/efectividad de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar puede ser medida por tres diferentes parámetros: coste/efectividad por año de vida ganado ajustado a calidad (*cost per QALY*), coste por abstinente y recuperación de la inversión por la financiación de los tratamientos del tabaquismo (ROI).

Multitud de estudios han analizado la relación coste/efectividad por año de vida ganado ajustado a calidad de los diferentes tratamientos farmacológicos del tabaquismo. De acuerdo con sus resultados las cifras de esta relación varían entre 800-900 \$ hasta 4.000-5.500 \$^{2,10,11}.

El coste por abstinente atribuido a la utilización de los tratamientos farmacológicos del tabaquismo también ha sido evaluado en un buen número de estudios. Este coste oscila entre 200-300 \$ hasta 1.000-1.500 \$^{2,12,13}. Es más, un estudio realizado en nuestro país en el contexto de una unidad especializada en tabaquismo ha encontrado que el gasto en fármacos por fumador atendido ascendió a 125 euros y, teniendo en cuenta el porcentaje de éxito, se pudo calcular que el coste por abstinente fue de 241 euros¹⁴. Esta cifra fue ligeramente menor a la mostrada en otra unidad especializada en tabaquismo ubicada en Inglaterra integrada en los *Smoking Cessation Services*. En este caso el coste por abstinente fue de 205 libras¹⁵.

La inversión que el sistema nacional de salud realiza para la financiación de los diferentes tratamientos farmacológicos del tabaquismo se recupera de forma fácil y rápida. Dicha recuperación se realiza mediante el ahorro en gastos sanitarios directos, el incremento en la productividad laboral, en la reducción del absentismo y en la disminución de los gastos por pagos en seguros de vida². Un reciente estudio ha encontrado que entre el 75 y el 90% de la inversión que se hace para la financiación de los tratamientos farmacológicos del tabaquismo es recuperada después de

7 a 10 años¹⁶. Este cálculo ha sido realizado sólo teniendo en cuenta el ahorro generado por la falta de gastos sanitarios directos. Si, además, se hubieren tenido en cuenta lo ganado por incremento de la productividad, por la reducción del absentismo y por la disminución de gastos en pagos de seguros de vida, la recuperación hubiere sido mayor y más rápida.

Todos estos estudios muestran que la relación coste/efectividad de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar se mantiene dentro de unos adecuados niveles de sostenibilidad y que permite una buena optimización de los recursos.

Coste/efectividad de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar en relación con otros tratamientos

Por otro lado, un buen número de estudios han encontrado que la relación coste/efectividad de los tratamientos farmacológicos del tabaquismo es claramente mejor que aquella que demuestran otros tratamientos de otras enfermedades crónicas que están financiados por el Sistema Nacional de Salud, como la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia^{2,10-13,17-22}. Por ejemplo, un estudio demostró que la relación coste/efectividad por año de vida ganado ajustado a calidad de los tratamientos del tabaquismo era de 3.539 \$, mientras que esta cifra ascendía a 4.100 \$ en el caso de tratamiento para la hipertensión arterial en el grupo de hombres entre 45 a 54 años¹⁷. Es más, la relación coste/efectividad de los tratamientos del tabaquismo es significativamente mejor que aquella que demuestran algunas intervenciones preventivas, como son la mamografía periódica o el estudio citológico vaginal para la detección precoz del cáncer de cuello^{2,17-22}. Un estudio ha encontrado que la relación coste/efectividad por año de vida ganado ajustado a calidad del *screening* anual de cáncer de cuello mediante citología vaginal en mujeres con edades entre 34 a 39 años asciende a 4.100 \$, en tanto que dicha cifra para los tratamientos del tabaquismo es de 3.539\$²⁰.

Financiación de los tratamientos farmacológicos del tabaquismo en España. Situación actual

Aunque el Sistema Nacional de Salud propicia que los profesionales sanitarios que en él trabajan intervengan sobre el tabaquismo de los usuarios del mismo, e incluso reconoce a esta enfermedad como un proceso crónico susceptible de ser curado con los tratamientos médicos aprobados con este fin, no termina por reconocer el derecho que tienen sus usuarios a la financiación de estos tratamientos. Este derecho ha sido reconocido sólo por algunas de las Comunidades Autónomas españolas.

En el momento actual la financiación de los tratamientos farmacológicos del tabaquismo en España puede resumirse así:

- a) Comunidades Autónomas con programas de financiación de cobertura amplia. Es el caso de la Comunidad de Madrid, de Navarra y de la Rioja.
- b) Comunidades Autónomas con programas de financiación muy selectivos. Es el caso de Andalucía, de Cataluña, de Ceuta, de la Comunidad de Castilla-La Mancha, de Galicia, de Melilla y de Murcia.
- c) Comunidades Autónomas que todavía no tienen programas de financiación. Son todas las restantes.

Probablemente, la característica más importante de la financiación de los tratamientos del tabaquismo en España sea la existencia de una intolerable inequidad que atenta contra la esencia de nuestro Sistema Nacional de Salud que se basa en la gratuidad de la asistencia sanitaria a todos los españoles. Por otro lado, se debe tener en cuenta que la actual Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo incluye todo un capítulo, el capítulo IV, en el que se propician medidas de prevención del tabaquismo, de promoción de la salud y de facilitación de la deshabituación tabáquica. (Ley 28/2005 de 26 de diciembre 2005).

CONCLUSIONES

El tabaquismo es una enfermedad crónica que afecta al 30% de la población general española y que es la primera causa evitable de muerte en nuestro país. En el momento actual existen tratamientos farmacológicos que son eficaces y seguros para curar esta enfermedad. Además, diversos estudios han demostrado que estos tratamientos tienen una adecuada relación coste/efectividad que los hace susceptibles de ser financiados por el Sistema Nacional de Salud, cumpliendo con criterios de sostenibilidad y optimización de recursos.

La asistencia sanitaria que defiende el Sistema Nacional de Salud se basa en criterios de universalidad y gratuidad que se conjuguen armónicamente con los de sostenibilidad y optimización de recursos. Todos los datos científicos de los que disponemos señalan que los tratamientos farmacológicos del tabaquismo cumplen con estos criterios. Por lo tanto, todas las instituciones que firmamos este documento apelamos al Sistema Nacional de Salud para que conceda la financiación universal y gratuita de los tratamientos farmacológicos del tabaquismo y nos comprometemos a desarrollar todas las actuaciones que hagan comprender a las distintas administraciones sanitarias implicadas, que la actual discriminación que sufren las personas fumadoras que desean dejar de serlo, debe finalizar cuanto antes.

INFORMES DE INSTITUCIONES ADMINISTRATIVO-SANIATRIAS ESPAÑOLAS

- Plan nacional de prevención y control del tabaquismo.
- Estrategia en cáncer. Sistema Nacional de Salud.
- Estrategia en cardiopatía isquémica. Sistema Nacional de Salud.
- Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias N.º 40. Madrid, septiembre de 2003.
- Foro Autonómico de Tabaquismo. SEPAR. Situación del Tabaquismo en España. Monográfico de la revista Prevención del Tabaquismo. Prev Tab 2005; 7 (Suppl 2).
- Actualizaciones sobre el tratamiento del tabaquismo. Documento Técnico de Salud Pública. N.º60. Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud. Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid, 2000.
- Jiménez Ruiz CA, Ortiz Marrón H, Camarelles Guillem F, Moreno Arnedillo J, Sánchez Suarez JL, Solano Reina S et al. Organización y funcionamiento de las consultas de tabaquismo en una comunidad autónoma. Experiencia de la Comunidad de Madrid. Prev Tab 2006; 8 (4): 160-3.

INFORMES DE INSTITUCIONES CIENTÍFICAS INTERNACIONALES

- The smoking cessation clinical practice guideline. Panel and staff. The Agency for Health Care Policy and Research. JAMA 1996; 275: 1270-80.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice guideline. Rockville, MD:US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
- Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services; May 2008. <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>
- Akehurst RL, Bennett D, Berry C, Bird S, Buxton M, Claxton K, et al. Guidance on the use of nicotine replacement therapy and bupropión for smoking cessation. National Institute for clinical excellence. www.nice.org.uk. Marzo 2002.
- NICE public health guidance 10
Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. February 2008. www.nice.org.uk/PH010
- West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-99.
- Andersson JE, Joremy DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence. Chest 2002; 121: 932-41.
- The World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington D.C., 1999 – Available on web site: www1.worldbank.org/tobacco/
- Tobacco Policy in the European Union: Fact Sheet n.º 20. Available on web site: <http://www.ash.org.uk/html/factsheets/html/fact20.html>
- World Health Organization. The European report on tobacco control policy. WHO European ministerial conference for a tobacco-free Europe. Warsaw: World Health Organization; 2002 Feb 18-19.
- The World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva: WHO; 1992.

INFORMES DE SOCIEDADES MÉDICO- CIENTÍFICAS INTERNACIONALES Y META-ANÁLISIS MÁS RECIENTES

- Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, Gratziau C, Jiménez-Ruiz CA, Nardini S, et al. Task Force Recommendations: Smoking cessation in patients with respiratory diseases: A high priority, integral component of therapy. Eur Respir J 2007; 29: 390-42.
- Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connett JE, for the Lung Health Study Research Group. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality. Ann Intern Med 2005; 142: 233-9.
- Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166: 675-9.
- Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. Am Respir Crit Care Med 2001; 163: 1256-76.
- ERS Consensus statement: Optimal assessment and management of COPD. Eur Respir J 1995; 8: 1398-420.
- Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Bélisle P, Mottillo S, Joseph L, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ 2008; 179 (2): 135-44.
- Lancaster T, Stead L, Cahill K. An update on therapies for tobacco dependence. Expert Opin Pharmacother. 2008; 9 (1): 15-22. Review.
- Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database System Review 2008; (1): CD000146.

- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; (1): CD 000031.
- Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonist for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; (3): CD 006103.

INFORMES DE SOCIEDADES MÉDICO-CIENTÍFICAS ESPAÑOLAS

- Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para los médicos españoles. Organización Médica Colegial. Barcelona: Ars Médica; 2001.
- Documento Técnico de Consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España. Camarilles F, Salvador T, Ramón J, Córdoba R, Jiménez-Ruiz CA, López J, Villalví JF, Planchuelo M, Sánchez López. Comité Nacional para la prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad. Madrid, 2008.
- Protocolo de intervención en fumadores. Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica, Neumomadrid. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista-Madrid. Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo. Colegio oficial de Médicos de Madrid. Colegio oficial de farmacéuticos de Madrid. Colegio oficial de enfermería de Madrid. Madrid: EMISA Ediciones; 2002.
- Jiménez Ruiz CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abéngozar R, Torrecilla M, Quintas AM, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Prev Tab* 2001; 3: 78-85.
- Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso: SEPAR; SEMERGEN; SEMFyC y SEDET. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 35-41.
- De Granda Orive, Carrión Valero, Alonso, Márquez FL, Riesco Miranda JA, et al. Atención y prestación de servicios en materia de tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2006; 42 (11): 600-4.
- Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, de Granda Orive JI, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación. *Arch Bronconeumol* 2008; 44 (4): 213-9.

INFORMES CIENTÍFICOS SOBRE COSTE/EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS DEL TABAQUISMO

- Kaper J, Wagena EJ, Severens JL, Van Schayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. The Cochrane database of systematic reviews, 2005 Issue 1.
- Curry S, Grothaus L, MacAffee T, Pabiniak C. Use and cost effectiveness of smoking cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1998; 339: 675-9.
- Parrott S, Godfrey C, Raw M, et al. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998; 53 (suppl 5): S1-38.
- Boyle RG, Solberg LI, Magnan S, et al. Does insurance coverage for drug therapy affect smoking cessation? *Health Aff (Millwood)* 2002; 21: 162-8.
- Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial. *Addiction* 2005; 100: 1012-20.
- Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA* 1997; 278: 1759-66.
- Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM, et al. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med* 2006; 31: 62-71.
- Croghan IT, Offord KP, Evans RW, et al. Cost-effectiveness of treating nicotine dependence: the Mayo Clinic experience. *Mayo Clin Proc* 1997; 72: 917-24.
- Tengs T, Adams M, Pliskin J, et al. Five-hundred life-saving interventions and their cost effectiveness. *Risk Analysis* 1995; 15: 369-90.
- Feenstra TL, Hamberg-van Reenen HH, Hoogenveen RT, et al. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value Health* 2005; 8: 178-90.
- Cornuz J, Gilbert A, Pinget C, et al. Cost-effectiveness of pharmacotherapies for nicotine dependence in primary care settings: a multinational comparison. *Tob Control* 2006; 15: 152-9.

BIBLIOGRAFÍA

1. The World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva: WHO; 1992.
2. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence : 2008 update. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services; May 2008. <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>
3. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, de Granda Orive JI, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación. Arch Bronconeumol 2008; 44 (4): 213-9.
4. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
5. Banegas Banegas JF, Díez Gañan L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez Artalejo J. Disminución de la mortalidad atribuible al consumo del tabaco en España. Med Clín 2005; 124 (20): 769-71.
6. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database System Review 2008; (1): CD000146.
7. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007; (1): CD 000031.
8. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonist for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008; (3): CD 006103.
9. López Nicolás A. Tabaquismo y economía pública. En: Tratado de Tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO (eds.). Madrid: Biblioteca Aula Médica; 2004. p. 57-74.
10. Warner KE, Méndez D, Smith DG. The financial implications of coverage of smoking cessation treatment by managed care organizations. Inquiry 2004; 41: 57-69.
11. Stapleton JA, Lowin A, Russell MA. Prescription of transdermal nicotine patches for smoking cessation in general practice: evaluation of cost-effectiveness. Lancet 1999; 354: 210-5.
12. Schauffler HH, McMenamin S, Olson K, et al. Variations in treatment benefits influence smoking cessation: results of a randomised controlled trial. Tob Control 2001; 10: 175-80.
13. Burns ME, Rosenberg MA, Fiore MC. Use and employer costs of a pharmacotherapy smoking-cessation treatment benefit. Am J Prev Med 2007; 32: 139-42.
14. Jiménez-Ruiz CA, Guirao A, Rivero Cuadrado A. La financiación de los tratamientos farmacológicos del Tabaquismo. ¿Es, realmente, un problema? Prev Tab 2007; 9 (2): 49-50.
15. Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, Smith R, Milbrandt A, Ratcliffe M, et al. Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: a pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. Addiction 2008; 103 (1): 146-54.
16. Halpern MT, Dirani R, Schmier JK. Impacts of a smoking cessation benefit among employed populations. J Occup Environ Med 2007; 49: 11-21.
17. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. JAMA 1997; 278: 1759-66.
18. Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM, et al. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. Am J Prev Med 2006; 31: 62-71.
19. Croghan IT, Offord KP, Evans RW, et al. Cost-effectiveness of treating nicotine dependence: the Mayo Clinic experience. Mayo Clin Proc 1997; 72: 917-24.
20. Tengs T, Adams M, Pliskin J, et al. Five-hundred life-saving interventions and their cost effectiveness. Risk Analysis 1995; 15: 369-90.
21. Feenstra TL, Hamberg-van Reenen HH, Hoogenveen RT, et al. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. Value Health 2005; 8: 178-90.
22. Cornuz J, Gilbert A, Pinget C, et al. Cost-effectiveness of pharmacotherapies for nicotine dependence in primary care settings: a multinational comparison. Tob Control 2006; 15: 152-9.

**LAS CONSECUENCIAS DEL
TABAQUISMO ANTES DE
NACER: ES NECESARIO
MEJORAR SU
DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO**

Sr. Director:

El tabaquismo pasivo supone un riesgo añadido para la salud de los no fumadores, tanto antes de nacer como en la infancia y en la edad adulta. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que sólo el 20% de las mujeres fumadoras que quedan embarazadas dejan el tabaco durante la gestación¹. Muchas mujeres embarazadas fuman y tienen gran dificultad para dejarlo, a pesar del riesgo que ocasionan a sus hijos: reducción del peso y talla al nacer y aumento de la morbi-mortalidad. La concentración de un metabolito de la nicotina, la cotinina, en el líquido amniótico es ocho veces más elevada en las gestantes fumadoras que en las no fumadoras y las concentraciones fetales de cotinina representan hasta el 90% de los valores maternos durante el embarazo. Todo ello es una clara manifestación de la exposición del feto al humo del tabaco. Al conjunto de alteraciones que ocurren en el feto de las gestantes fumadoras se le denomina "síndrome de tabaco fetal"².

En el mundo occidental, la prevalencia del tabaquismo entre las muje-

res ha aumentado considerablemente y en los países en desarrollo, aunque en menor medida, también lo ha hecho. La elevada tasa de fumadoras entre las mujeres de edad fértil tiene consecuencias ante una posible gestación.

También es importante la influencia del consumo de tabaco del padre sobre la reproducción, por alteraciones en las características del semen y reducción de su fertilidad, y como fumador activo que convive con una mujer embarazada no fumadora, a la que hace fumadora pasiva. En el caso de hijos de padres que consumen más de 20 cigarrillos al día y madres no fumadoras, se ha encontrado un efecto negativo sobre el crecimiento ponderal del feto, con un déficit medio de 88 g en el peso al nacer.

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) se define como la muerte repentina de un lactante que permanece sin explicar tras la investigación, incluyendo la necropsia, el examen del lugar donde ocurrió y la revisión de la historia clínica del niño. En estudios epidemiológicos se han identificado diversos factores de riesgo, relacionados con el embarazo o postnatales, aunque el tabaquismo materno ha sido considerado una de las causas evitables más importantes, porque es capaz de duplicar el riesgo de padecer SMSL³.

En un estudio danés que incluyó a 25.102 niños, la exposición intrau-

terina al humo del tabaco demostró un aumento del riesgo de recién nacidos muertos (*odds ratio* 2; IC 95% 1,3-2,9) y de la mortalidad en el primer año de vida (*odds ratio* 1,8; IC 95% 1,3-2,6). La exposición intrauterina al humo de tabaco duplicó tanto la probabilidad de nacer muerto como la mortalidad infantil en el primer año de vida, aunque afortunadamente las mujeres que dejaron de fumar en el primer trimestre de su embarazo presentaron un riesgo similar al de las no fumadoras.

Como consecuencia, mediante intervenciones dirigidas a bajar la tasa de embarazadas fumadoras es posible reducir el número de muertes infantiles, lo que desde nuestro punto de vista debería ser una prioridad sanitaria. De esta forma, si todas ellas dejaran de fumar antes de la semana 16^a de gestación se evitarían el 25% de los recién nacidos muertos y el 20% de las muertes en el primer año de vida⁴.

De acuerdo con los datos disponibles de Instituto Nacional de Estadística, en el año 2006 sucedieron en España 1.612 muertes fetales tardías y 1.704 muertes en niños menores de un año. En la Comunidad Valenciana, en ese mismo año fallecieron 167 niños menores de un año y sucedieron alrededor de 160 muertes fetales tardías. De esta forma, si se consiguiera que todas las mujeres dejaran de fumar al principio de su embarazo, se evitarían 744 muertes al año en

España y 75 muertes al año en la Comunidad Valenciana.

Por todo ello se puede afirmar que, si todas las mujeres dejaran de fumar durante el embarazo, el número de muertes fetales y de lactantes disminuiría significativamente, lo que representaría evitar una pérdida anual de muchos fetos y niños recién nacidos, así como de muchas de las enfermedades que suceden en la infancia. Frente a estas cifras, cualquier esfuerzo para reducir la exposición de nuestros pequeños al humo del tabaco debería ser estimulado de forma decidida.

En los últimos años, en la Comunidad Valenciana se han realizado diversas investigaciones e implementado un programa experimental de atención a las mujeres embarazadas^{5,6}. Estas investigaciones han puesto de manifiesto la necesidad de incluir el diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la etapa prenatal, aunque para atender a las mujeres embarazadas y a sus parejas fumadoras, puede ser necesaria una atención médica altamente especializada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrión Valero F. Tabaquismo. Tabaquisme. Una perspectiva desde la Comunidad Valenciana, 2ª edición. Valencia: Consellería de Sanitat; 2006.
2. Carrión Valero F, Jiménez Ruiz CA. El tabaquismo pasivo en la infancia. Arch Bronconeumol 1999; 35: 39-47.
3. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. Thorax 1997; 52: 1003-9.
4. Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB, Olsen SF, Secher NJ. Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. Am J Epidemiol 2001; 154: 322-7.
5. Carrión Valero F, Maya Martínez M, Pont Martínez P, Tortajada Martínez M,

Marín Pardo J. Consejo médico personalizado en el tratamiento del tabaquismo en el embarazo. Arch Bronconeumol 2003; 39: 346-52.

6. Maya Martínez M, Carrión Valero F, Marín Pardo J. Consejo médico a la pareja en el tratamiento del tabaquismo en el embarazo. Arch Bronconeumol 2004; 40 (supl. 2): 116-7.

**Francisco Carrión Valero,
Marta R. Maya Martínez,
Juan Díaz López**

*Servicio de Neumología.
Hospital Clínico Universitario.
Universidad de Valencia. Valencia*

[Prev Tab 2009; 11(1): 25-26]

TABAQUISMO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Sr. Director:

Si algo debe caracterizar el manejo del hábito tabáquico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la combinación de tratamientos farmacológicos y psicológico-conductuales. Éstos deben ser llevados a cabo de manera individualizada, intensa y mantenida en el tiempo. Además, se ha demostrado que el abandono del hábito tabáquico en las etapas iniciales de la EPOC mejora el pronóstico de la misma. En estas fases iniciales de la enfermedad el papel de los profesionales de Atención Primaria cobra mayor protagonismo, ya que intervenciones breves pueden aumentar el éxito en el abandono del hábito tabáquico. A pesar de esto, hasta un tercio de los pacientes con EPOC continúan fumando.

El estudio IBERPOC dibujó las características del tabaquismo en

pacientes con EPOC¹. En éste, además de los datos de prevalencia de la presencia de la enfermedad en el 15% de los pacientes fumadores, en el 12,8% de los exfumadores y en el 4,1% de los no fumadores, se extrae que la motivación de estos pacientes para dejar de fumar no es mayor que en los fumadores sin EPOC, y que el 34% de los pacientes con EPOC no habían realizado intentos previos de abandono del hábito. Los primeros datos del estudio EPISCAN, diseñado para ver la evolución epidemiológica de la EPOC en España, hablan de una prevalencia de la EPOC en el 13,2% de los fumadores, en el 12,3% de los exfumadores y en el 5,6% de los no fumadores². Los resultados de este estudio ayudarán a caracterizar el tabaquismo en la población de pacientes con EPOC.

Soler y cols.³ llevaron a cabo un estudio (EPOTABAC) con el objetivo de determinar la prevalencia del tabaquismo en pacientes con EPOC y los métodos utilizados para alcanzar dejar de fumar. Los resultados mostraron que aproximadamente el 34% de los pacientes fumaban activamente, cifras similares en otros estudios previos, y que el 45% de éstos nunca había intentado dejar de fumar. Además del consejo médico, los métodos más utilizados para abandonar el consumo de tabaco fueron la terapia sustitutiva con nicotina y la psicológica. Estos resultados contrastan con las premisas descritas previamente y con las recomendaciones de las guías internacionales que postulan que el abandono del hábito tabáquico es la principal estrategia terapéutica para reducir los síntomas y enlentecer la progresión de la enfermedad.

Del estudio de Soler y cols. también se extrae la deficitaria implicación del médico en adoptar estas

medidas, ya que en sólo dos tercios de los pacientes fue el médico quien le recomendó dejar de fumar. Esto, ligado al bajo porcentaje de pacientes que utilizaron terapia combinada en el manejo, podría justificar el escaso porcentaje de éxitos.

Es importante destacar la necesidad de programas de deshabituación tabáquica en Atención Primaria y el papel que juegan estos profesionales en el manejo de los pacientes con EPOC, tanto en la prevención como en el diagnóstico y tratamiento. Pero, ¿cuál es el papel del médico especialista cuando el paciente está hospitalizado? La comunidad neumológica, teniendo en cuenta que se obtienen resultados satisfactorios cuando el consejo y el tratamiento se inician durante la hospitalización del enfermo⁴, debe jugar un papel cada vez más importante en el proceso de deshabituación.

Por tanto, son necesarios nuevos estudios multicéntricos que delimiten el papel del tratamiento en los distintos campos de acción, con los objetivos de reducir el porcentaje de pacientes con EPOC que todavía no han realizado un intento previo de abandono del tabaquismo, y de aumentar el porcentaje de éxito en éstos. Para ello, con los datos que aporte el estudio EPI-SCAN podremos obtener tendencias y variables de interés que permitirán estratificar a la población e implementar nuevas estrategias terapéuticas en la deshabituación tabáquica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peña VS, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest* 2000; 118: 981-9.
2. Miravittles M, Soriano JB, Muñoz L, García Río F, Sánchez G, Sarmiento M, et al. COPD prevalence in Spain in 2007 (EPI-SCAN study results). *Eur Respir J* 2008; 32 (52): E1832.
3. Soler X, Murio C, Heras J, Calero G, Pérez M, Morera J, et al. Hábito tabáquico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio EPOTABAC. *Prev Tab* 2008; 10 (3): 95-101.
4. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Arch Intern Med* 2008; 168: 1950-60.

**F. Villar Álvarez,
G. Peces-Barba Romero**

*Servicio de Neumología, Fundación
Jiménez Díaz-Capio. Madrid,
CIBER de enfermedades
respiratorias (CIBERes)*

[Prev Tab 2009; 11(1): 26-27]

RENDIMIENTO DE LOS CUESTIONARIOS APLICADOS EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Sr. Director:

Hemos leído con atención el original, publicado recientemente en su Revista de A. Marqueta y colaboradores, titulado ¿Son útiles los cuestionarios utilizados actualmente en el tratamiento del tabaquismo? Es evidente que para establecer el diagnóstico del fumador es importante analizar todos los aspectos relacionados con su grado de dependencia para poder seleccionar el tratamiento farmacológico y psicológico más adecuado para cada paciente. Nos ha resultado muy interesante dicho estudio, ya que probablemente muchos de los profesionales que nos dedica-

mos al tabaquismo en consultas especializadas, ya habíamos tenido la apreciación de que algunos de estos test no aportaban mucha más información que la que obtenemos en la anamnesis del paciente. Concretamente, nos referimos a los estudios analizados en el estudio comentado, el test de Glover-Nilson para valorar la dependencia psicológica, y el test de Richmond para valorar la motivación. Nosotros utilizamos estos test de forma protocolizada en la consulta, y creemos, al igual que los autores del original, que consumen mucho tiempo, sobre todo en consultas donde habitualmente no se dispone de todo el tiempo que sería de desear, y que podría utilizarse en potenciar la intervención de apoyo psicológico por parte del profesional.

De hecho, ya hace un tiempo aceptamos con alivio la modificación del test de Glover-Nilson, reduciendo el cuestionario de 18 ítems para valorar la dependencia psicológica, gestual y social, a 11 ítems para determinar de forma global la dependencia psicológica, y que es el utilizado actualmente ya que el anterior resultaba excesivamente largo y complejo.

Otro ejemplo de test laborioso de realizar es el test de Russell para la identificación de los tipos de fumador. El cuestionario consta de 24 ítems, con 4 opciones de respuesta, para clasificar a cada paciente en 8 tipos de fumador. Su complejidad lo hace poco atractivo para utilizarlo en la práctica clínica, por lo que nosotros decidimos no incluirlo en nuestra consulta.

Es importante destacar del estudio, que los pacientes que habían tenido más intentos previos para dejar de fumar estaban más motivados según el test de Richmond. En un estudio realizado en nuestra consulta de tabaquismo, sólo para personal hospita-

lario, con 99 pacientes incluidos, no encontramos esta asociación. Sin embargo, sí encontramos mayor motivación en los hombres cuando se analizó este aspecto por sexos y además éstos tenían también más puntuación en el test de Fagerström, es decir, tenían más dependencia física. Estos aspectos difieren del estudio de A. Marqueta, pero podría explicarse por las distintas características del colectivo a estudio: una muestra más pequeña en nuestro caso y sólo de personal hospitalario, donde predominan las mujeres fumadoras, con menos consumo de tabaco y dependencia física que los hombres, pero quizá con la percepción de que el daño es menor, lo que puede influir en su menor motivación. Por otro lado, el fácil acceso a la consulta de tabaquismo y la gran difusión que

tuvo en su apertura, pudo influir en que los trabajadores quisieran utilizar este recurso sanitario y acudieran a la misma, aunque no hubieran intentado previamente dejar de fumar. No obstante, para conocer si un fumador está dispuesto a realizar un intento serio de dejar de fumar, puede ser suficiente con preguntarle directamente y realizar un análisis de sus razones. El hecho de establecer en la consulta el día D en las siguientes dos semanas de la visita, implica alta motivación.

Probablemente después de la lectura de este artículo nos podamos replantear el uso de estos cuestionarios en nuestra consulta, manteniendo el test de Fagerström, que sí ha demostrado su utilidad, además de ser de fácil realización para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marqueta Baile A, Beamonte San Agustín A, Jiménez Muro-Franco A, Gargallo Valero P, Nerín de la Puerta I. ¿Son útiles los cuestionarios utilizados actualmente en el tratamiento del tabaquismo? *Prev Tab* 2008; 10 (2): 56-62.
2. Flórez Martín S, Pavón Fernández MJ, Racionero Casero MA, Perpiñá Ferri A, Yoldi Rodríguez M, Fernández Francés J. Evaluación de una consulta de tabaquismo para personal hospitalario después de un año de funcionamiento. *Prev Tab* 2004; 6 (3): 96-102.

S. Flórez Martín, M.J. Pavón Fernández, N. Abad Santamaría
Sección de Neumología, Hospital Severo Ochoa, Leganés. Madrid

[Prev Tab 2009; 11(1): 27-28]

Enrique Gil López

F. Babín Vich



*“Yo quiero ser llorando el hortelano
de la tierra que habitas y estercolas,
compañero del alma, tan temprano...”*
(Elegía - Miguel Hernández)

Ha fallecido Enrique Gil López, médico epidemiólogo, funcionario del Cuerpo de Sanidad Nacional y uno de los principales referentes, sin duda, de la salud pública española durante el último cuarto de siglo.

A la hora de glosar la figura de este insigne compañero, fácil sería introducir una larga lista de responsabilidades y puestos que desempeñó, tanto en la Administración del Estado, donde destacan los años que ejerció en el cargo de Subdirector General de Epidemiología y Promoción de la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, como en la autonomía de Madrid, donde en diversas etapas colaboró de manera directa al establecimiento primero y a la consolidación después del sistema sanitario madrileño y muy especialmente de su salud pública autonómica, siendo de hecho el Director General del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid durante el tiempo en que dicha estructura tuvo espacio propio en el organigrama de la Consejería de Sanidad.

Pero a Enrique Gil le definen, mucho mejor que sus cargos, dos características personales por las que el mundo de la salud pública le estará eternamente agradecido: en primer lugar su enorme decisión y entrega para la generación de consensos útiles para la práctica en salud pública, con especial repercusión sobre la población. En este

sentido, su impulso permanente al trabajo de las ponencias que nutren la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud permitió, mediante una intensa preparación y prolijos debates en los que muchos tuvimos el honor de participar, formalizar sistemas tan importantes como la actual Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, o el calendario vacunal infantil recomendado por el Consejo, reconocido por todos como uno de los más completos que existen a nivel mundial. Así, por ejemplo, su participación en la conferencia de consenso celebrada en Oviedo, en plena epidemia de enfermedad meningocócica en junio de 1997, fue decisiva para establecer una estrategia nacional común de vacunación frente a esta enfermedad.

En segundo lugar, Enrique Gil ha sido una de las personas que más han hecho por dignificar la práctica de la salud pública en nuestro país, mediante la puesta en valor del criterio técnico y profesional de cuantos ejercen en este ámbito. Sus desvelos, no sólo desde la Comisión Nacional de la especialidad a la que perteneció, sino en el día a día de su desempeño para recabar siempre el criterio profesional más versado, y defenderlo de cualquier demagogia e interés espurio, deben ser considerados más allá del correcto quehacer profesional y ubicados en un contexto coherente con el ideario que siempre defendió. Prueba de ello son los seminarios en los que participó con ese fin, en el marco de la Escuela de Verano de Salud Pública de Mahón, o la mera asunción de la Dirección del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, un proyecto basado en la necesidad de generar estructuras profesionales para el ejercicio de la salud pública, que garantizaran, mediante el mejor conocimiento de los determinantes de salud que operan en la población,

desarrollar todo tipo de propuestas de calado, sin más límite que la evidencia científica y el ejercicio ético de la profesión.

Resulta imposible, no obstante, en un espacio breve, revelar muchas otras cualidades que le adornaban: su

fino humor, su tesón, su bonhomía y otras que, los que tuvimos oportunidad de conocerle, conservaremos también como señas de identidad de nuestro buen amigo Kike.

Descanse en paz.

PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO considerará para su publicación aquellos trabajos relacionados directamente con el tabaquismo, en su aspecto clínico médico experimental. Fundamentalmente la Revista consta de las siguientes secciones:

Editorial

Comentario crítico que realiza un experto sobre un trabajo original que se publica en el mismo número de la Revista o por encargo desde el Comité de Redacción, sobre un tema de actualidad. Extensión máxima de cuatro páginas DIN A4 en letra cuerpo 12 a doble espacio.

El contenido del artículo puede estar apoyado en un máximo de 7 citas bibliográficas.

Originales

Trabajos preferentemente prospectivos, con una extensión máxima de 12 DIN A4 a doble espacio y hasta 6 figuras y 6 tablas. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a seis.

Cartas al Director

La Revista tiene especial interés en estimular el comentario u objeciones relativas a artículos publicados recientemente en ella y en las observaciones o experiencias concretas que permitan resumirse en forma de carta. La extensión máxima será de 2 DIN A4 a doble espacio, un máximo de 6 citas bibliográficas y una figura o una tabla. El número de firmantes no podrá ser superior a tres.

Otras secciones

Los comentarios editoriales, revisiones, temas de actualidad, números monográficos u otros, son encargos expresos del Comité de Redacción. Los autores que deseen colaborar espontáneamente en algunas de estas secciones deberán consultar con anterioridad con el mencionado Comité.

ENVÍO DE MANUSCRITOS

Se escribirán en hojas DIN A4 mecanografiadas a doble espacio (máximo, 30 líneas de 70 pulsaciones), numeradas

consecutivamente en el ángulo superior derecho. Los trabajos se remitirán en papel acompañados del CD indicando para la Revista *Prevención del Tabaquismo*, a la siguiente dirección: Ediciones Ergon, C/ Arboleda, 1, 28221 Majadahonda (Madrid), Att. Carmen Rodríguez, o por e-mail a: carmen.rodriguez@ergon.es.

Deben ir acompañados de una carta de presentación en la que se solicite el examen de los mismos, indicando en qué sección deben incluirse, y haciendo constar expresamente que se trata de un trabajo original, no remitido simultáneamente a otra publicación. Asimismo, se incluirá cesión del *Copyright* a la Revista firmada por la totalidad de los autores.

El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos que le sean remitidos y se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no considere adecuados para su publicación, así como de proponer las modificaciones de los mismos cuando lo considere necesario.

El primer autor recibirá las galeradas para su corrección, debiendo devolverlas al Director de la Revista a la dirección reseñada dentro de las 48 horas siguientes a la recepción.

Estructura

Como norma se adoptará el esquema convencional de un trabajo científico. Cada parte comenzará con una nueva página en el siguiente orden:

1. En la primera página se indicará por el orden en que se citan: título del trabajo, nombre y apellidos de los autores, centro y servicio (s) donde se ha realizado, nombre y dirección para correspondencia, y otras especificaciones consideradas necesarias.
2. En la segunda página constará: a) el resumen, de aproximadamente 200 palabras, con los puntos esenciales del trabajo, comprensibles sin necesidad de recurrir al artículo; y b) palabras clave en número de tres, de acuerdo con las incluidas en el *Medical Subject Headings*, del *Index Medicus*. El Comité Editorial recomienda la presentación estructurada del resumen, siguiendo el esquema siguiente: 1) objetivos; 2) pacientes y método; 3) resultados, y 4) conclusiones.

3. En la tercera página y siguientes constarán los diferentes apartados del trabajo científico: introducción, pacientes y métodos, resultados, discusión y conclusiones, y bibliografía. La introducción será breve y proporcionará únicamente la explicación necesaria para la comprensión del texto que sigue. Los objetivos del estudio se expresarán de manera clara y específica. En él se describirán el diseño y el lugar donde se realizó el estudio. Además se detallará el procedimiento seguido, con los datos necesarios para permitir la reproducción por otros investigadores. Los métodos estadísticos utilizados se harán constar con detalle. En los resultados se expondrán las observaciones, sin interpretarlas, describiéndolas en el texto y complementándolas mediante tablas o figuras. La discusión recogerá la opinión de los autores sobre sus observaciones y el significado de las mismas, las situará en el contexto de conocimientos relacionados y debatirá las similitudes o diferencias con los hallazgos de otros autores. El texto terminará con una breve descripción de las conclusiones del trabajo.

Agradecimiento

Si se considera oportuno se citará a las personas o entidades que hayan colaborado en el trabajo. Este apartado se ubicará al final de la discusión del artículo.

Tablas y figuras

Las tablas se presentarán en hojas aparte que incluirán: a) numeración de la tabla con números romanos y de las figuras con números arábigos; b) enunciado o título correspondiente; c) una sola tabla por cada hoja de papel. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones. Las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie.

Las figuras se presentarán también en hoja aparte, numeradas por orden correlativo de aparición, que se señalará en el texto. Se procurará utilizar papel fotográfico en blanco y negro, de buena calidad para permitir una correcta reproducción y con un tamaño de 9 x 12 cm o un múltiplo. Las

fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando el nombre del primer autor y el título del trabajo, además de una señal para mostrar la orientación de la figura. Las ilustraciones se presentarán por triplicado y los pies de las mismas se presentarán en hoja aparte. Los gráficos realizados por ordenador deberán también fotografiarse para facilitar la reproducción.

Bibliografía

La bibliografía deberá contener únicamente las citas más pertinentes, presentadas por orden de aparición en el texto y numeradas consecutivamente. Cuando se mencionan autores en el texto se incluirán los nombres si son uno o dos. Cuando sean más, se citará tan sólo al primero, seguido de la expresión et al. y, en ambos casos, el número de la cita correspondiente. Los originales aceptados, pero aún no publicados, pueden incluirse entre las citas, con el nombre de la revista, seguido por “en prensa”, entre paréntesis. Las citas bibliográficas deberán estar correctamente redactadas y se comprobarán siempre con su publicación original. Los nombres de las revistas deberán abreviarse de acuerdo con el estilo utilizado en el *Index Medicus* y para la confección detallada de las citas se seguirán estrictamente las normas de Vancouver, publicadas en nuestro país por *Medicina Clínica* (Med Clin [Bar] 1997; 109: 756-63).

NOTAS FINALES

El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la Revista, que serán valorados por revisores anónimos y por el mismo Comité de Redacción, que informará acerca de su aceptación. Es necesario adjuntar las adecuadas autorizaciones para la reproducción de material ya publicado, en especial en las secciones por encargo. Se recomienda utilizar sobres que protejan adecuadamente el material y citar el número de referencia de cada trabajo en la correspondencia con la Editorial.

El autor recibirá las pruebas de imprenta del trabajo para su corrección antes de la publicación, debiendo devolverlas a la Editorial en el plazo de 48 horas.